HEALTHY PREGNANCY 4 ALL

Eindrapportage
Aanpak babysterfte in Nederland

Preconception Care and Risk Assessment during pregnancy

Erasmus MC
Universitair Medisch Centrum Rotterdam

Colofon

Project Healthy Pregnancy 4 All.
Aanpak babysterfte in Nederlandse gemeenten. Ontwikkeling en implementatie van zorgexperimenten.

Het project Healthy Pregnancy 4 All (HP4All) is mogelijk gemaakt door een subsidie van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport [Subsidienummer 318804]. ZonMw heeft zich garant gesteld voor de vergoedingen in het preconceptiezorg experiment [dossiernummer 50-52000-99]. Zorgverzekeraars, gemeenten en provincies hebben aanvullende financiële bijdragen geleverd.

De in dit rapport opgenomen analyses kwamen tot stand met data die zijn aangeleverd door zorgverleners en de projectleiders in de deelnemende gemeenten en door Perined (voorheen Stichting Perinatale Registratie Nederland) [gegevensaanvraag 11.36].

Citeren als

Waelput AJM, Rosman AN, van Veen-van Belle DW, Lagendijk J, Sijpkens MK, van Voorst SF, Vos AA, de Jong-Potjer LC, Been JV, Steegers EAP. Project Healthy Pregnancy 4 All. Aanpak babysterfte in Nederlandse gemeenten. Ontwikkeling en implementatie van zorgexperimenten (eindrapportage). Rotterdam: Erasmus MC, maart 2016.

Inhoudsopgave

Samenvatting

Gezondheid rond de geboorte (perinatale gezondheid) staat sinds 2008 hoog op de politieke agenda. In internationale vergelijkingen scoort Nederland ongunstig op perinatale sterftecijfers. Ook binnen Nederland zijn er verschillen: ongunstige zwangerschapsuitkomsten komen vaker voor in achterstandswijken. Die ongelijke verdeling van perinatale gezondheid wordt niet alleen beïnvloed door medische factoren, maar ook door niet-medische factoren zoals opleiding, inkomen, woon- en werkomstandigheden en leefstijl. Deze risico's zijn vaak gerelateerd aan armoede. Daardoor zijn er al bij de geboorte gezondheidsverschillen, met een slechtere start voor kinderen in achterstandswijken.

Deze verschillen ontstaan al vroeg in de zwangerschap, zelfs al in de eerste weken na de bevruchting. De periode vóór de conceptie en de eerste drie maanden van de zwangerschap blijken kritische perioden te zijn voor een gezonde foetale groei en ontwikkeling, maar ook voor de kansen op een optimale ontplooiing op latere leeftijd. Kinderen met een minder goede gezondheid rond de geboorte hebben een grotere kans op groei- en (psychische) ontwikkelingsproblemen, suikerziekte, hart- en vaatziekten en overgewicht later in hun leven. Deze factoren beïnvloeden op hun beurt weer de gezondheid van volgende generaties.
Om deze verschillen te verkleinen en de zorg aan vrouwen in achterstandswijken te verbeteren, is zorg op maat nodig, in de wijk en met verschillende partijen in en buiten de zorg. Deze zorg zou idealiter voorafgaand aan en vroeg in de zwangerschap moeten beginnen. Daartoe is met subsidie van het ministerie van VWS het programma Healthy Pregnancy 4 All (HP4All) opgestart. Dit programma beoogt bij te dragen aan het terugdringen van perinatale sterfte en ziekte in Nederland. Samen met tien grote en vier kleinere gemeenten is ingezet op zorgexperimenten, onderzoek en de verspreiding van nieuwe kennis en *best practices* op het raakvlak van medische en niet-medische factoren. In wijken met meer achterstandsproblematiek dan gemiddeld zijn twee zorgexperimenten ingevoerd en onderzocht, te weten: programmatische preconceptiezorg, inclusief de introductie van voorlichting over die nieuwe vorm van zorg, en vernieuwde risicoselectie tijdens de zwangerschap op medische én niet-medische factoren, met de R4U scorekaart en bijhorende zorgpaden.

Samenwerking op lokaal niveau

HP4All is gestart met het in kaart brengen van gemeenten (en wijken) waar de gezondheid rond de geboorte gemiddeld minder gunstig is dan het landelijk (of gemeentelijk) gemiddelde. Door gebruik te maken van bestaande gegevens uit Perined (voorheen Perinatale Registratie Nederland) zijn de verschillen op wijkniveau zichtbaar gemaakt in gemeentelijke plattegronden. Deze plattegronden zijn besproken met de wethouders van de betreffende gemeenten.
De plattegronden hebben een belangrijke rol gespeeld bij het creëren van bewustwording over de perinatale gezondheid en de vroege aanpak van gezondheidsverschillen, die hierdoor op de bestuurlijke agenda in deze gemeenten zijn gekomen.

De gemeenten, de publieke gezondheidszorg en de geboortezorg hebben vervolgens vanuit een gezamenlijke agenda gewerkt aan de verbetering van de gezondheid rond de geboorte. Om in iedere gemeente aan te sluiten bij lokale voorzieningen hebben gemeentelijke projectleiders samen met het projectteam van het Erasmus MC de twee zorgexperimenten voorbereid en uitgevoerd. Met zorgverleners, hulpverleners en sleutelfiguren uit de geselecteerde wijken is kennis gemaakt en is de aansluiting tussen HP4All en bestaande initiatieven en lokale netwerken verkend. Professionals uit deze verschillende sectoren hebben elkaar hierdoor leren kennen en nieuwe verbindingen gecreëerd tussen preventieve zorg, gemeentelijke diensten en geboortezorg.

Aansluiting bij lokale initiatieven rondom de geboortezorg is een belangrijk uitgangspunt geweest bij de uitvoering van de zorgexperimenten. Dit vergroot de kans op draagvlak en borging. Soms heeft dit echter geleid tot extra stappen in keuzes en besluitvorming, een latere start van de zorgexperimenten of aanpassingen in de voorgestelde aanpak. Ook de praktische voorbereiding heeft meer tijd gekost dan verwacht: enerzijds vanwege het groot aantal betrokkenen, anderzijds door de gelijktijdige veranderingen in de geboortezorg en binnen gemeenten en GGD-en. In een aantal gemeenten zijn deze veranderingen juist een stimulans geweest om deel te nemen aan het project.

Preconceptiezorg

Een gezond verlopende zwangerschap en een goede start bij de geboorte beginnen al op het moment dat een kinderwens ontstaat. De groei en ontwikkeling van de foetus in de eerste weken bepaalt mede de gezondheid van het kind bij de geboorte en later in het leven. Daarom is het aan te bevelen om voorafgaand aan de zwangerschap begeleiding en zorg in te zetten, waarin de individuele en publieke gezondheidszorg samenwerken. In HP4All is gekozen voor een programmatische aanpak met:

- publieksinformatie (zoals informatiebrieven, flyers, posters) vanuit zowel zorg als gemeente over gezond zwanger worden en de mogelijkheden van preconceptiezorg;
- groepsvoorlichting over preconceptiezorg en gezonde zwangerschap, bij voorkeur in de wijk; en
- individuele preconceptiezorg (preconceptieconsult, ook kinderwensspreekuren genoemd) door verloskundigen en huisartsen.

Onderzocht is of hoog risicogroepen worden bereikt met dit aanbod, of dit heeft geleid tot vermindering van de risico's op ongewenste zwangerschapsuitkomsten, en wat de organisatorische slaag- of faalfactoren zijn om preconceptiezorg op deze manier aan te bieden.

Tijdens een preconceptieconsult komen algemene preventieve maatregelen aan bod zoals het gebruik van foliumzuur, worden leefstijladviezen gegeven en specifieke risicofactoren in kaart gebracht zoals bijvoorbeeld medicijngebruik. Voor deze inventarisatie is gebruik gemaakt van ZwangerWijzer, een online screeningsinstrument dat door de koppels zelf ingevuld wordt. Verder worden vragen beantwoord, waaronder vragen over vruchtbaarheid, en worden enkele lichaamsmetingen verricht (gewicht, bloeddruk). Het consult wordt afgesloten met een zorgplan, met adviezen en waar nodig aanvullende diagnostiek, interventies of verwijzing naar een andere zorgverlener of hulpverlener. In de

opzet van HP4All is een tweede consult opgenomen, met evaluatie van de eerder gegeven adviezen, eventueel gevolgd door verdere actie.

Om vrouwen in de geselecteerde wijken te bereiken met preconceptiezorg zijn binnen HP4All verschillende wervingsstrategieën ingezet, waaronder informatiebrieven naar vrouwen in de vruchtbare leeftijd door de gemeente en huisartsenpraktijken. Ook andere (lokale) wervingsstrategieën zijn ingezet, zoals aandacht in de lokale media of aansluiting bij wijkinitiatieven en bijeenkomsten in buurthuizen. In 11 van de 14 gemeenten zijn voorlichters preconceptiezorg opgeleid. Zij hebben in de wijk of via hun eigen netwerk voorlichtingsbijeenkomsten georganiseerd om vrouwen te informeren over het belang van een goede gezondheid voorafgaand aan de zwangerschap en ze te attenderen op de preconceptieconsulten bij verloskundigen en huisartsen. De voorlichters hebben in totaal 147 bijeenkomsten georganiseerd, waaraan 1.796 vrouwen hebben deelgenomen. Huisartsenpraktijken en verloskundigenpraktijken zijn geworven om preconceptieconsulten aan te bieden. In totaal hebben 35 huisartsenpraktijken en verloskundigenpraktijken deelgenomen; deze praktijken hebben de nascholing preconceptiezorg gevolgd. In één gemeente hebben de verloskundigen de preconceptieconsulten via één praktijk laten verlopen.
Door de voorlichtingsactiviteiten en brieven via gemeenten en/of huisarts is een grote groep vrouwen geïnformeerd over het bestaan van kinderwensspreekuren. In totaal hebben 587 vrouwen zich aangemeld voor een preconceptieconsult. Van hen heeft 44% deelgenomen aan het wetenschappelijk onderzoek.

Vernieuwde risicoselectie tijdens de zwangerschap

Medische én niet-medische factoren beïnvloeden de perinatale gezondheid en verklaren gezondheidsverschillen. Verbetering van de perinatale gezondheid vraagt daarom om samenwerking tussen zorg en sociaal-maatschappelijke dienstverlening. Deze kennis over de relatie tussen niet-medische risicofactoren en zwangerschapsuitkomsten heeft in de verloskundige zorg echter nog niet geleid tot systematische risicoscreening op niet-medische risico's of tot landelijke richtlijnen op dit gebied. In HP4All is een systematische aanpak geïntroduceerd met gebruik van de R4U scorekaart (Rotterdam Reproductive Risk Reduction Scorecard), bijbehorende zorgpaden en eventueel multidisciplinair overleg. De R4U scorekaart is opgesteld om bij iedere zwangere vrouw, al tijdens het eerste bezoek aan de verloskundige of gynaecoloog, zowel medische als niet-medische risicofactoren vroegtijdig te signaleren. Hierdoor is gerichte zorgtoeleiding door zorgpaden mogelijk. Vrouwen met een stapeling van risico's worden besproken tijdens een multidisciplinair overleg. Zorgpaden bieden een sociale kaart voor zorg-op-maat via de netwerken binnen de wijk waar de vrouw woont. Met een stroomdiagram krijgen alle zorgverleners in de gemeente informatie over de instanties, en daar waar mogelijk de contactpersonen, die ingeschakeld kunnen worden voor bijvoorbeeld een stoppen-met-roken-interventie, schuldenproblematiek of bij lagere gezondheidsvaardigheden. Ook dit zorgexperiment is vooral ingezet in wijken met minder gunstige zwangerschapsuitkomsten.

Onderzocht is of de implementatie van de R4U scorekaart met bijhorende zorgpaden haalbaar is. Volgens de opzet van de studie zijn in de helft van de gemeenten R4U, zorgpaden en het multidisciplinair overleg geïmplementeerd. In de andere (controle) gemeenten hebben zorgverleners reguliere zorg geboden. Via 52 verloskundigenpraktijken en ziekenhuizen zijn vrouwen benaderd voor deelname aan het onderzoek: 2.930 vrouwen in de interventiegemeenten en 3.519 vrouwen in de controlegemeenten hebben deelgenomen aan het onderzoek.

Het is mogelijk gebleken de R4U scorekaart met de bijbehorende zorgpaden te implementeren in de reguliere verloskundige zorgverlening. Verloskundige zorgverleners en gemeentelijke diensten hebben zorgpaden ontwikkeld, die passen bij de lokale aanpak. In vijf grote en vier kleine gemeenten (interventiegroep) is de R4U scorekaart met bijbehorende zorgpaden vanaf de start van het project geïmplementeerd. De (vijf) controlegemeenten hebben de mogelijkheid gekregen om na het behalen van het aantal controle-inclusies dan wel gedurende van de looptijd van het onderzoek over te stappen op de interventie. In twee controlegemeenten hebben zorgverleners al tijdens de projectperiode de R4U scorekaart ingevoerd. In vier van de vijf controlegemeenten zijn ook zorgpaden ontwikkeld.
Volgens de deelnemende zorgverleners hebben de zorgpaden de sociaal-maatschappelijke dienstverlening toegankelijker gemaakt dan voorheen. Door de opbouw en de vorm van de zorgpaden is het eenvoudiger geworden de juiste mensen te bereiken. Het multidisciplinair overleg wordt ervaren als een gremium om gezamenlijk zorg te bieden en heeft volgens de respondenten bijgedragen aan verbetering van de samenwerking.

Bewustwording over gezondheidsverschillen

De zorgexperimenten hebben bijgedragen aan de bewustwording over gezondheidsverschillen bij de geboorte, de invloed van sociale en omgevingsfactoren op een (on)gunstige zwangerschapsuitkomst en het belang van een vroege aanpak van deze (risico)factoren. In 14 gemeenten hebben gemeenten en zorgverleners samen zorgexperimenten ingevoerd, waarmee vrouwen zijn bereikt voor voorlichtingsbijeenkomsten, preconceptiezorg en een andere aanpak van risicoscreening. Er zijn nieuwe verbindingen ontstaan en bestaande relaties verbeterd, zowel binnen de domeinen in de geboortezorg als tussen die van de publieke gezondheidszorg en de geboortezorg. Door samen te werken en elkaar te leren kennen, zijn gemeenten en zorgverleners betrokken geraakt bij elkaars werk. Zij hebben gezamenlijk verantwoordelijkheid genomen voor verbeteringen en oplossingen.

Bereik van kwetsbare groepen

Informatie over gezonde leefstijl voorafgaand aan en tijdens de zwangerschap is niet voor iedereen even toegankelijk of begrijpelijk. Door het opleiden van voorlichters preconceptiezorg is extra ingezet op het bereiken van groepen die over het algemeen minder goed bereikt worden zoals vrouwen die laagopgeleid zijn, in achterstandswijken wonen, lage gezondheidsvaardigheden hebben en/of van niet-westerse afkomst zijn. De voorlichters hebben een groot aantal mensen bereikt, vooral via bijeenkomsten in de wijk.
Onderzoeken elders laten zien dat bewoners in achterstandswijken aanmerkelijk minder vaak deelnemen aan onderzoek dan elders. Mogelijk is dit ook het geval in HP4All: er hebben relatief veel westerse, hoger opgeleide vrouwen meegedaan aan het onderzoek.

Conclusie

Het in kaart brengen van perinatale gezondheidsverschillen heeft een sleutelrol gespeeld bij de bewustwording bij zowel gemeenten als zorgverleners over die verschillen, evenals over de rol van sociale en omgevingsfactoren hierin. Binnen HP4All is ervaring opgedaan met een brede samenwerking tussen preventieve zorg en geboortezorg om, via concrete thema’s, bij te dragen aan de verbetering van de gezondheid rond de geboorte. Binnen bestaande én nieuwe lokale netwerken in gemeenten en wijken hebben zorgverleners van verschillende achtergronden elkaars expertise leren kennen en samen de verantwoordelijkheid genomen. Dit gaat niet vanzelf: het projectteam, projectleiders en andere *change agents* hebben dit ondersteund en bijvoorbeeld bijeenkomsten georganiseerd.

Een goede start bij de geboorte is niet alleen een zaak van de verloskundige zorgverleners, maar vereist betrokkenheid van wethouders, gemeenten, preventieve zorg en sociaal-maatschappelijke dienstverlening. HP4All heeft laten zien dat dit mogelijk is.

1. Inleiding

1.1 Achtergrond

Sinds een aantal jaren staat de perinatale gezondheid hoog op de politieke agenda. Directe aanleiding was het eerste Peristat-rapport en de relatief hoge perinatale sterfte in Nederland in vergelijking met andere Europese landen (Buitendijk et al., 2004). Het tweede Peristat-rapport, met gegevens uit 2004, liet een daling van de sterfte zien. Deze daling was echter minder sterk dan in andere landen (EURO-PERISTAT, 2008; Mohangoo et al., 2008; Vos et al., 2014a).

Perinatale gezondheid (voor, tijdens en na de geboorte) en de gezondheid op zeer jonge leeftijd beïnvloeden de ontwikkeling van jonge kinderen, hun gezondheid op volwassen leeftijd en de gezondheid van volgende generaties. Kinderen met een minder goede gezondheid rond de geboorte hebben een grotere kans op groei- en (psychische) ontwikkelingsproblemen, suikerziekte, hart- en vaatziekten en overgewicht later in hun leven. De periode voor de conceptie en de eerste drie maanden van de zwangerschap blijken kritische perioden te zijn, zowel voor een gezonde foetale groei en ontwikkeling als voor de kansen op een optimale ontplooiing op latere leeftijd (Barker, 2007; Steegers, 2014).

De gezondheidssituatie bij de geboorte is echter niet gelijk verdeeld: vrouwen in achterstandswijken en hun kinderen lopen een groter risico op perinatale sterfte en ziekte (De Graaf et al., 2008; De Graaf et al., 2013a; De Graaf et al., 2013b; Vos et al., 2014b).

Tekstvak 1.1: definities

Onder perinatale sterfte verstaan we sterfte vanaf 22 weken zwangerschapsduur en sterfte in de eerste 7 dagen na de geboorte, per 1.000 geborenen.
Aangeboren afwijkingen, vroeggeboorte (geboorte < 37 weken), te laag geboortegewicht voor de zwangerschapsduur (geboortegewicht <10e percentiel) en een lage Apgarscore (een slechte start bij de geboorte) zijn de vier belangrijkste perinatale ziekten. Zij zijn vaak een voorloper van perinatale sterfte: ongeveer 85% van de perinatale sterfte hangt samen met deze aandoeningen (Bonsel et al., 2010; Poeran et al., 2012).

Aan die ongelijke verdeling van perinatale gezondheid liggen medische, maar ook niet-medische factoren ten grondslag. Deze hebben vaak een oorsprong in leefstijl, leefomstandigheden, sociaaleconomische positie, het al dan niet wonen in een

achterstandswijk en psychosociale problematiek binnen kwetsbare gezinnen. Opvallend hierin is het fenomeen 'risicocumulatie', waarbij veel kleine risico's samen een gezamenlijk groot risico vormen (Goedhart et al., 2008; Timmermans et al., 2011).

1.2 Healthy Pregnancy 4 All

Tegen deze achtergrond is in april 2011 het programma Healthy Pregnancy 4 All (HP4All) van start gegaan in 10 grote en 4 kleinere gemeenten met meer achterstandsproblematiek en slechtere zwangerschapsuitkomsten dan gemiddeld (Denktaş et al., 2012a; Denktaş et al., 2014). Het project is mogelijk gemaakt door een aan het Erasmus MC toegekende subsidie van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). HP4All is opgezet om via zorgexperimenten, onderzoek en de verspreiding van nieuwe kennis en *best practices* bij te dragen aan het terugdringen van perinatale sterfte en ziekte.

Tekstvak 1.2: twee zorgexperimenten binnen Healthy Pregnancy 4 All

Programmatische preconceptiezorg

In dit zorgexperiment bieden verloskundigen en huisartsen individuele preconceptieconsulten (ook kinderwensspreekuren genoemd) aan. De inhoud van de consulten is gestandaardiseerd door screening op risicofactoren met bestaande instrumenten (ZwangerWijzer en PreconceptieWijzer). Voor de werving van vrouwen voor preconceptiezorg is gebruik gemaakt van verschillende kanalen uit zowel de curatieve zorg als de publieke gezondheidszorg (Van Voorst et al., 2015). Een van deze kanalen is de inzet van voorlichters preconceptiezorg, die voorlichtingsbijeenkomsten hebben georganiseerd om risicogroepen voor te lichten over gezond zwanger worden en hen toe te leiden naar preconceptiezorg (Peters et al., 2014; Van Voorst et al., 2015).

Vernieuwde risicoselectie tijdens de zwangerschap

In dit zorgexperiment wordt gebruik gemaakt van de Rotterdam Reproductive Risk Reduction Scorecard (R4U scorekaart) om zowel medische als niet-medische risicofactoren vroegtijdig te signaleren. Door risico's systematisch in kaart te brengen is gerichte zorgtoeleiding mogelijk, via aansluitende zorgpaden passend bij de lokale situatie. Vrouwen met een hoge risicoscore (cumulatie van risico's) worden besproken tijdens een multidisciplinaire casuïstiekbespreking (Vos et al., 2015a).

Met deze instrumenten is eerder ervaring opgedaan in het Rotterdamse programma *Klaar voor een Kind* (Denktaș et al., 2009; Denktaș et al., 2012b; Denktaș et al., 2012c; Peters et al., 2014; Poeran et al., 2015).

De keuze voor deze zorgexperimenten bouwt voort op de kennis over oorzakelijke verbanden tussen perinatale gezondheid en de gezondheid op latere leeftijd. Vanwege de rol van ook niet-medische (risico)factoren is samengewerkt met zowel zorgverleners als gemeentelijke partners om vrouwen met verhoogde risico's te bereiken en aan te sluiten bij lokale initiatieven. Zo is afstemming mogelijk tussen het medische en het sociaal-maatschappelijke domein en kan zorg op maat worden ontwikkeld (Denktaş et al., 2009; Denktaş et al., 2012b; Denktaş et al., 2012c; Posthumus et al., 2013; Steegers et al., 2013).

Dit idee is niet nieuw: in de jaren '70 is sociale verloskunde beschreven als het vakgebied waarin aandacht wordt gegeven aan de zwangere vrouw en de maatschappelijke context waarin haar bevalling zal plaatsvinden (Gill, 1973). Binnen de sociale verloskunde worden zowel de medische, niet-medische als sociale risicostatus in kaart gebracht: zo mogelijk preconceptioneel, in ieder geval bij het eerste bezoek in de zwangerschap (Steegers et al., 2013),

Via monitoring en evaluatie zijn de haalbaarheid en effectiviteit van de experimenten onderzocht, evenals de slaag- en faalfactoren. De ontwikkelde kennis wordt ontsloten naar andere steden in Nederland. *Best practices* kunnen vervolgens lokaal worden toegepast.

1.3 Leeswijzer

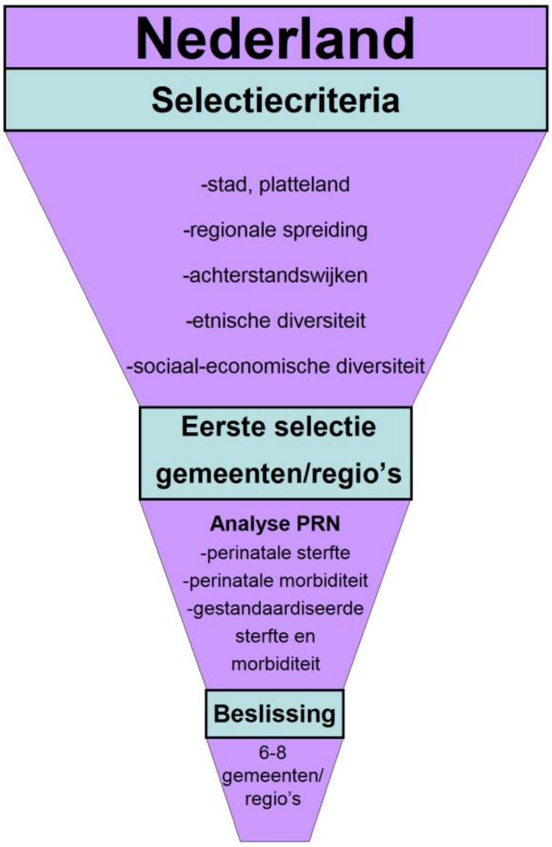
In deze rapportage doen we verslag van de introductie van de zorgexperimenten in 14 gemeenten. In hoofdstuk 2 beschrijven we de selectie van gemeenten, die gebaseerd is op gezondheidsverschillen rond de geboorte. In hoofdstuk 3 gaan we in op de samenwerking op lokaal niveau. De zorgexperimenten en hun bereik kunt u nalezen in de hoofdstukken 4, 5 en 6. Ieder hoofdstuk sluit af met enkele aanbevelingen. In hoofdstuk 7 volgt een beschouwing met een aantal algemene aanbevelingen.

2. Perinatale gezondheidsverschillen

Healthy Pregnancy 4 All (HP4All) is opgezet om door zorgexperimenten een bijdrage te leveren aan de verbetering van de perinatale uitkomsten in gemeenten met meer achterstandsproblematiek en slechtere zwangerschapsuitkomsten dan gemiddeld. Bij de start van het project zijn de zwangerschapsuitkomsten binnen Nederlandse gemeenten in kaart gebracht en zijn 15 gemeenten geselecteerd met gemiddeld minder gunstige zwangerschapsuitkomsten. Vervolgens zijn gemeenten benaderd voor deelname aan HP4All (zie hoofdstuk 3).

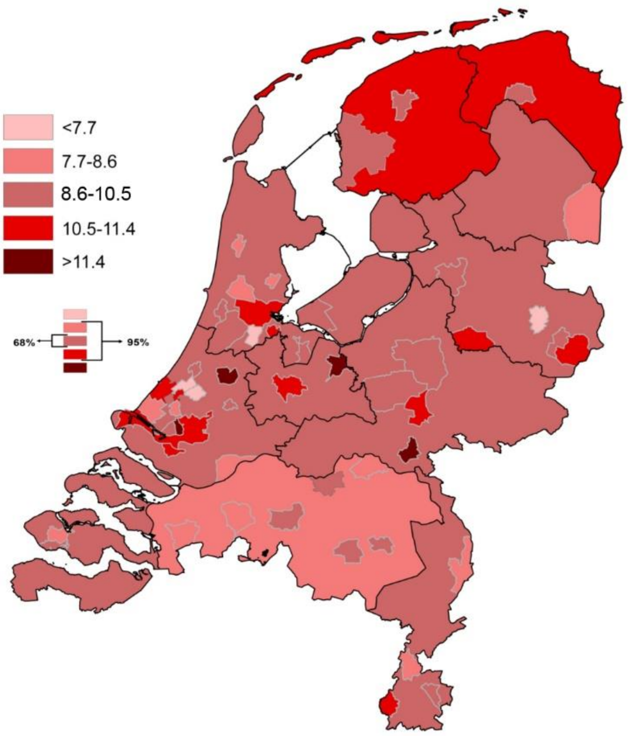
2.1 Selectie van gemeenten

Voor de selectie van de steden is gebruik gemaakt van gegevens van Perined (voorheen de Perinatale Registratie Nederland (PRN)), waarin verloskundigen, gynaecologen, kinderartsen en verloskundig actieve huisartsen gegevens vastleggen van de verleende zorg. Er zijn gegevens gebruikt over de periode 2000-2008.
Dit proces is gestart met de selectie van de 50 grootste gemeenten, met meer dan 70.000 inwoners per gemeente, en de 12 provincies (minus de 50 geselecteerde gemeenten) (figuur 2.1). Zo is voorkomen dat niet-stedelijke gebieden, met mogelijk andere problematiek, buiten de analyses vielen.

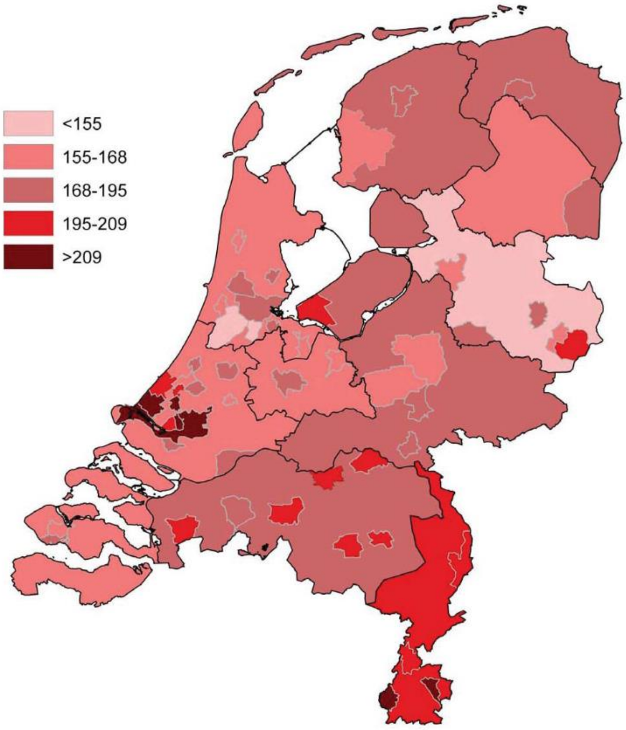


Figuur 2.1 Selectieproces gemeenten voor deelname aan HP4All

Van deze 62 regio's zijn de perinatale sterfte en ziekte berekend (figuur 2.2, figuur 2.3).



Figuur 2.2 Perinatale sterfte per 1.000 geboorten, naar gemeente en regio, absoluut; 2000-2008 (Denktaş et al., 2014)



Figuur 2.3 Perinatale ziekte per 1.000 geboorten, naar gemeente en regio, absoluut; 2000-2008 (Denktaş et al., 2014)

Voor de rangordening van de gemeenten/regio's zijn per zorgexperiment zowel socio-demografische indicatoren als de zorgexperiment-specifieke indicatoren meegenomen (tekstvak 2.1 en bijlagen 1 en 2). (Denktaş et al., 2014). In overleg met het Ministerie van VWS is een lijst van 15 gemeenten vastgesteld met de minst gunstige uitkomsten. Uit deze groep is, op volgorde van de gevonden rangorde, de top 10 benaderd voor deelname aan HP4All (zie verder hoofdstuk 3).

Tekstvak 2.1: rangorde van de gemeenten/regio's

Voor de beide zorgexperimenten is op basis van zowel socio-demografische indicatoren als zorgexperiment-specifieke indicatoren een rangorde berekend. Hiermee zijn de gemeenten (en wijken) geïdentificeerd waarin vrouwen maximaal kunnen profiteren van de interventies.

Indicatoren voor het preconceptiezorg-experiment:

- een laag geboortegewicht voor de zwangerschapsduur (geboortegewicht <10e percentiel) per 1.000 geboorten;
- aangeboren afwijkingen per 1.000 geboorten;
- percentage eerste zwangerschapscontrole ≥ 14 weken zwangerschapsduur.

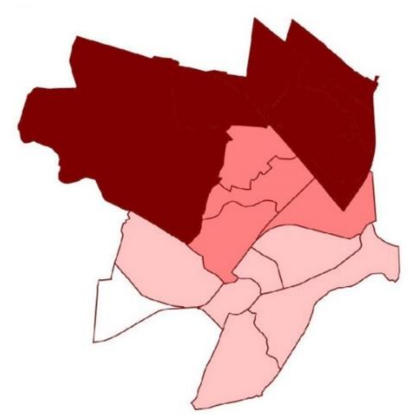
Indicatoren voor het risicoselectie-experiment:

- perinatale sterfte per 1.000 geboorten;
- percentage perinatale sterfte onder baby's geboren met perinatale ziekte;
- perinatale ziekte onder vrouwen die hun baring starten in de eerste lijn, per 1.000 geboorten.

Door per indicator gebruik te maken van de absolute cijfers, het gestandaardiseerde cijfer en het relatieve risico (als maat voor ongelijkheid) is de definitieve rangorde vastgesteld (Denktaş et al., 2014) (zie bijlage 2 en 3).

2.2 Verschillen op wijkniveau

Zoals De Graaf et al. (2008) eerder al aantoonden, zijn er ook binnen gemeenten gezondheidsverschillen bij de geboorte. Gebruikmakend van Perined-gegevens is dit in kaart gebracht in gemeentelijke plattegronden (figuur 2.4). Deze maken in één oogopslag zichtbaar in welke wijken de perinatale problematiek verhoogd is ten opzichte van het gemeentelijk gemiddelde (Denktaş et al., 2014).



Gemeente X

- Gemiddelde per gemeente per 1.000 geboorten
- Brandbreedte gedefinieerd; hoger en lager dan het gemiddelde

Verhoogd t.o.v. gemeentelijk gemiddelde

Gelijk aan gemeentelijk gemiddelde

Verlaagd t.o.v. gemeentelijk gemiddelde

Onbewoond gebied

Figuur 2.4 Plattegrond met uitkomsten op wijkniveau (niet herleidbaar tot zorgverlenersniveau)

Perinatale gezondheidsverschillen nader onderzocht

Van de 14 gemeenten die hebben deelgenomen aan HP4All, plus de stad Rotterdam, zijn patronen in perinatale gezondheidsverschillen in 2000-2008 nader onderzocht, op zowel gemeente- als op wijkniveau. Deze gemeenten waren samen goed voor ruim een vijfde van alle zwangerschappen in Nederland in de onderzochte periode.
Koppeling van Perined-gegevens met postcode- en wijkgegevens van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) laat een divers beeld zien in ongunstige zwangerschapsuitkomsten: in sommige gemeenten zijn er grote verschillen *tussen* wijken, in andere gemeenten zijn ongunstige zwangerschapsuitkomsten in *alle* wijken verhoogd. Het verschil in uitkomsten is niet eenduidig te verklaren: socio-economische status speelt soms een belangrijke rol bij de verklaring van het verschil, maar dat is niet overal het geval.
Om op lokaal niveau de zwangerschapsuitkomsten te verbeteren is meer onderzoek nodig naar de oorzaken van deze verschillen en naar de organisatie van zorg op regionaal niveau. Vos et al. (2015) hebben ook het effect van een verbetering van de socio-demografische risicofactoren berekend: als deze bij alle vrouwen gunstig zouden zijn, zou de perinatale ziekte met 15% tot 39% kunnen afnemen (Vos et al., 2015d; Van Osselen, 2015).

2.3 Aanbevelingen

Benut gegevens die elders worden vastgelegd

Het onderzoek van Vos et al. (2015d) naar gezondheidsverschillen op wijkniveau laat zien dat het gebruik van gegevens uit meerdere bronnen extra informatie oplevert over perinatale gezondheidsverschillen. Dit pleit voor (intensievere) afstemming en gebruik van data uit verschillende domeinen, zoals gegevens uit Perined en CBS, maar ook die uit de kraamzorg en de jeugdgezondheidszorg.

Maak per gemeente de gezondheidsverschillen bij de geboorte inzichtelijk

Door het gebruik van plattegronden zijn de gezondheidsverschillen op gemeentelijk niveau inzichtelijk gemaakt. Dat heeft bijgedragen aan het creëren van gemeentelijk draagvlak en het agenderen van mogelijke oplossingen bij zorgverleners, bestuurders en beleidsmakers.

Voeg gezondheidsdeterminanten toe aan de perinatale registratie

Voor de verklaring van de perinatale gezondheidsverschillen is binnen de perinatale registratie geen tot zeer beperkte informatie beschikbaar. Voor de sociaal-economische status wordt de postcode gebruikt. Waar de GGD gezondheidsdeterminanten vastlegt, worden deze in de perinatale registratie niet of nauwelijks vastgelegd.
GGD GHOR-en en Perined werken sinds enkele jaren samen om (sub)regionale gegevens beschikbaar te stellen voor lokaal beleid. Wij adviseren de huidige indicatoren van Perined aan te vullen met gegevens van de GGD GHOR over bijvoorbeeld leefstijl en de gecombineerde data te gebruiken voor periodieke monitoring en evaluatie van ingezette zorgexperimenten. Door preconceptiezorg op te nemen in de registratie van Perined wordt het mogelijk om data te genereren over de integrale verloskundige zorg conform de nieuwe zorgstandaard (College Perinatale Zorg, 2016 (concept)).

3. Samenwerking op lokaal niveau

3.1 Overleg met gemeenten

Bij de start van het project zijn gemeenten met minder gunstige zwangerschapsuitkomsten geïdentificeerd. Uit de lijst van 15 kandidaat-gemeenten/regio's (hoofdstuk 2) zijn, in overleg met het Ministerie van VWS, tien gemeenten benaderd: de verwachting was dat er uit deze top 10 minimaal zes gemeenten zouden willen deelnemen aan HP4All.
Aan de wethouders is de perinatale gezondheid in hun gemeente gepresenteerd, zijn de plannen toegelicht en is eventuele deelname aan de zorgexperimenten besproken. Met de eerder genoemde gemeentelijke plattegronden (zie figuur 2.4) was in één oogopslag te zien in welke wijken de perinatale problematiek verhoogd was ten opzichte van het gemeentelijk gemiddelde. Dit heeft bijgedragen aan het gevoel van urgentie onder bestuurders (Denktaș et al., 2014).
De ambitie van gemeenten om deel te nemen was groter dan verwacht: in plaats van de verwachte zes gemeenten hebben 10 grote gemeenten, en vier kleinere gemeenten in de provincie Groningen, deelgenomen aan HP4All (figuur 2.5).



Figuur 2.5 Aan HP4All deelnemende gemeenten

Keuze van wijken

Aansluiting bij wat er in gemeenten en wijken gebeurt, is een belangrijk uitgangspunt van HP4All. Dit is per gemeente besproken om zo tot een definitieve keuze voor wijken te komen. In een paar gemeenten heeft dit tot aanpassingen geleid. Zo is in Den Haag de oorspronkelijke keuze uitgebreid met wijken met een bovengemiddeld aantal Hindoestanen. Eerder onderzoek in Den Haag heeft uitgewezen dat het hier om een specifieke risicogroep gaat (Middelkoop et al., 2011). In Amsterdam is het aantal wijken beperkt vanwege de vele onderzoeken en wijkgerichte activiteiten die inzet vragen van zorgverleners én bewoners. In Enschede is er voor gekozen om de activiteiten stadsbreed uit te zetten.

3.2 Start van het project

Opbouwen van een netwerk

> *Tekstvak 3.1: draagvlak*
>
> Draagvlak binnen gemeenten en onder zorgverleners is essentieel: van zorgverleners is gevraagd deel te nemen aan de zorgexperimenten en zich in te spannen om dataverzameling en wetenschappelijk onderzoek mogelijk te maken.
> Vanwege de eigen bijdrage aan het project was politieke/bestuurlijke steun van de gemeente onontbeerlijk. In de meeste gemeenten is al na vrij korte tijd een projectleider aangesteld (bijlage 1), afkomstig uit de gemeente, uit de GGD of een Regionale OndersteuningStructuur (ROS). In een aantal gemeenten zijn er om organisatorische redenen wisselingen in de lokale projectmanagement geweest, wat ten nadele was van de voortgang van het project.
>
> Na een landelijke startbijeenkomst in Utrecht zijn per gemeente startbijeenkomsten georganiseerd. Tijdens deze bijeenkomsten is HP4All geïntroduceerd. Zorgverleners en lokale sleutelfiguren uit de geselecteerde wijken hebben kennis met elkaar en met de betrokken gemeentelijke projectleiders gemaakt. Met hen is de aansluiting tussen HP4All en bestaande initiatieven verkend en uitgewerkt, zoals bijvoorbeeld gemeentelijke programma's ter verbetering van de perinatale gezondheid of regionale consortia (ZonMw).

Gemeentelijke projectleiders en het projectteam hebben gezamenlijk HP4All geïntroduceerd, nieuwe netwerken opgezet, zorgexperimenten ingevoerd en de deelnemende zorgverleners ondersteund. Zij hebben de aansluiting bij lokale initiatieven bewaakt door contact te leggen met gemeentelijke diensten en zorgverleners in hun gemeente. Verder hebben de gemeentelijke projectleiders de arts-onderzoekers ondersteund bij de uitwerking van de interventies. Door landelijke bijeenkomsten waren de lijnen tussen de verschillende projectleiders kort en hebben zij hun ervaringen uit de verschillende gemeenten gedeeld. Samenwerkingspartners aan het project zijn geïnformeerd tijdens lokale bijeenkomsten, regionale symposia, en via sociale media en (digitale) nieuwsbrieven.

Voorbereiding wetenschappelijk onderzoek

De twee zorgexperimenten vallen onder 'Medisch-wetenschappelijk onderzoek met proefpersonen' en moeten daarom voorgelegd worden aan een erkende toetsingscommissie, die een afweging maakt tussen het wetenschappelijk belang van het onderzoek en de belasting en het risico voor de patiënt. Deze toetsing is geregeld via de Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek (WMO) (www.ccmo.nl).
Voor beide zorgexperimenten is een aanvraag ingediend bij de Medisch Ethische Toetsingscommissie (METC) van het Erasmus MC. De METC heeft het risicoselectie experiment als niet WMO-plichtig beoordeeld [MEC 2012-322]. Het preconceptiezorgexperiment is een WMO-plichtig onderzoek, met aanvullende eisen ter bescherming van de vrouwen die aan dit onderzoek deelnemen [MEC 2012-425]. Eén van die eisen is het laten ondertekenen van een onderzoeksverklaring door de zorgverleners. In één gemeente hebben zorgverleners afgezien van deelname aan het onderzoek vanwege de bepalingen in de onderzoeksverklaring.

Financiering

Om inbedding van het project in de gemeente te versterken en te borgen is van iedere gemeente gevraagd om eigen middelen in te zetten voor:

- de inzet van de gemeentelijke projectleider (in aanvulling op de financiële bijdrage uit het project);
- promotie van preconceptionele gezondheid en preconceptieconsulten via verschillende activiteiten in de gemeente (zie hoofdstuk 4);
- werving, aanstelling en inzet van voorlichters preconceptiezorg (zie hoofdstuk 5); en
- organisatie en facilitering van zorgpadbijeenkomsten met zorgverleners uit de geboortezorg en het sociaal-maatschappelijke veld (zie 6.2).

Voor de duur van het zorgexperiment heeft ZonMw zich garant gesteld voor de vergoeding van de preconceptieconsulten binnen HP4All. Met deze subsidie zijn consulten door

huisartsen en verloskundigen vergoed (voor zover zorgverzekeraars deze consulten niet vergoeden).

Ook zorgverzekeraars hebben bijgedragen aan het mogelijk maken van de activiteiten van HP4All, bijvoorbeeld door vergoeding van preconceptieconsulten via stadspolissen (IzaCura), via convenanten met gemeenten (Achmea) of als directe bijdrage aan het project (Menzis). Stichting Achmea Gezondheidszorg (SAG) heeft twee verloskundigenpraktijken in Amsterdam Zuid-Oost ondersteund, die hebben deelgenomen aan de vernieuwde risicoscreening (project *Ondersteuning hoogrisico verloskundespreekuren Amsterdam Zuid-Oost*).

3.3 Inbedding binnen gemeenten

HP4All sluit aan bij wettelijke taken van de gemeenten om gezondheidsverschillen te verkleinen én op het gebied van prenatale voorlichting (collectieve preventie). Dit draagt bij aan de inbedding van HP4All in gemeentelijk beleid, evenals het voornemen van gemeenten om een gezonde start van kwetsbare groepen te bevorderen. Voor die inbedding hebben gemeenten verschillende aangrijpingspunten gebruikt:

- het speerpunt ‘een gezonde start van de jeugd’;
- versterking van de samenwerking in de perinatale keten en inzet op (preconceptionele en/of prenatale) voorlichting;
- stedelijke aanpak van verhoogde perinatale sterfte;
- inbedding in het gemeentelijk gezondheidsbeleid;
- aansluiting bij het Stimuleringsprogramma Gezond in de Stad;
- een regionale gezondheidsnota;
- wijkgerichte activiteiten; en
- lokale *portals* om bewoners te informeren over hun gezondheid.

In een aantal gemeenten hebben HP4All en lokale initiatieven elkaar vanaf de start van het project versterkt. Dit zijn gemeenten waar (voornemens voor) de verbetering van de zwangerschapsuitkomsten al deel uitmaakten van het lokale gezondheidsbeleid. In andere gemeenten hebben de plattegronden met de zwangerschapsuitkomsten gezorgd voor aansluiting bij HP4All, waarna de geboortezorg een plaats heeft gekregen binnen het gemeentelijk beleid.

3.4 Succesfactoren en knelpunten van deelname aan HP4All

Tekstvak 3.2: onderzoeksvragen

Via monitoring en evaluatie zijn de slaag- en faalfactoren bij de toegepaste methoden en instrumenten onderzocht. Bij de evaluatie zijn praktische, politiek-bestuurlijke en zorgfactoren in acht genomen.

De perinatale gezondheidsverschillen zijn zichtbaar gemaakt, met zowel cijfers als in gemeentelijke plattegronden. Dit heeft een sleutelrol gespeeld bij de bewustwording onder zowel gemeenten als zorgverleners over die verschillen en de rol van sociale en omgevingsfactoren hierin. Vanuit deze gezamenlijke visie is gebouwd aan het samen verantwoordelijkheid nemen voor de verbetering van de uitkomsten en voor de integratie van medische en preventieve zorg. Door de focus op het wijkgericht werken, en de aansluiting bij de infrastructuur en activiteiten, zijn gaandeweg het project lokale netwerken ontstaan van geboortezorg en publieke gezondheidszorg. Partijen hebben over en weer inzicht gekregen in wat er nodig is, welke zorgverlening beschikbaar is en hoe de zorg verbeterd kan worden. Niet voor de hand liggende partners zoals verloskundig zorgverleners en de schuldhulpverlening hebben elkaar leren kennen rond het thema ‘sociale verloskunde’.

Uit het onderzoek van Vos en Van Voorst naar de beleidsmatige reacties op de relatief ongunstige perinatale sterftecijfers in Nederland blijkt dat deze ontwikkelingen breed gedragen worden (Vos & Van Voorst, 2016). Volgens de door hen geïnterviewde stakeholders hebben verschillend factoren hieraan bijgedragen, zoals inzichtelijkheid in de cijfers en de omvang van het probleem van de perinatale gezondheid; het openbare debat in media en politiek; de betrokkenheid van een groot aantal actoren; de uiteenlopende opvattingen tussen de beroepsgroepen van verloskundigen en gynaecologen; en de noodzakelijke organisatieverandering door de gehele keten. Door inzicht in de rol van sociale- en omgevingsfactoren op de perinatale gezondheid is ook de preventieve zorg betrokken geraakt bij de geboortezorg en zijn gemeenten in beeld gekomen als één van de stakeholders. Volgens de geïnterviewden zijn deze (noodzakelijke) verbindingen daadwerkelijk ontstaan. De onderzoekers beamen dit: zij hebben tijdens het veldwerk van HP4All in gemeenten gesignaleerd dat de relaties tussen zorgverleners uit verschillende velden zijn verbeterd (Vos & Van Voorst, 2016).

HP4All is uitgevoerd ten tijde van grote veranderingen in de geboortezorg (de uitwerking van de aanbevelingen van de Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte), binnen gemeenten en GGD-en (reorganisaties) en in de dagelijkse praktijk van de zorg (fusies). Voor implementatietrajecten is er echter voldoende tijd, capaciteit en rust in de organisatie nodig (Wensing et al., 2010; Jonkman et al., 2010). Het ontbreken daarvan heeft soms tot vertragingen in besluitvorming geleid, of een latere start van de experimenten. In andere gevallen zijn veranderingen juist een stimulans geweest om deel te nemen aan HP4All (Vos, 2015).

In wijken met grotere achterstandsproblematiek is er vaak sprake van selectieve deelname aan onderzoek (Goodman et al., 2008). Mogelijk is dit ook het geval in HP4All: er hebben relatief veel westerse, hoger opgeleiden vrouwen meegedaan aan het onderzoek (Vos, 2015). Ook de zorgverleners benoemen de selectieve deelname: zij hebben de eisen rond onderzoek, zoals de toestemmingsprocedure en de eisen aan de bijbehorende patiëntinformatiebrieven, als een barrière ervaren bij het includeren van vrouwen voor het onderzoek (Vos, 2015).

3.5 Aanbevelingen

Zet concrete thema's in

Zoals eerder beschreven spelen zowel zorg als preventie een belangrijke rol bij de verbetering van de perinatale gezondheid. Voor lokale oplossingen moeten alle partners, zowel in de zorg als bij gemeenten, buiten de eigen domeinen en eigen werkwijzen kijken. Binnen HP4All hebben gemeenten en zorgverleners hiervoor gebruik kunnen maken van concrete instrumenten zoals voorlichting rond preconceptiezorg en/of zorgpadbijeenkomsten. Dit heeft bijgedragen aan het overbruggen van onbekendheid met elkaar, met elkaars expertise en met elkaars manier van werken. Dit pleit er voor om in te zetten op concrete thema's.

Investeer in nieuwe relaties en netwerken

Samenwerking en sociale contacten zijn essentieel geweest bij de invoering en borging van zorgexperimenten: er zijn (nieuwe) verbindingen ontstaan of versterkt en onderlinge relaties zijn verbeterd, zowel binnen de zorg als tussen de publieke gezondheidszorg en de geboortezorg.

Deze ervaring sluit aan bij eerdere inzichten uit onderzoek naar implementatie en het advies om in deze tijd met digitale mogelijkheden en sociale media te blijven investeren in het elkaar spreken en elkaar ontmoeten (Wensing et al., 2010).

Wij pleiten er voor dat gemeenten en zorgverleners bestaande netwerken benutten en daar waar nodig uitbreiden met professionals uit andere sectoren: zo kunnen professionals

elkaars ervaring, kennis en kunde versterken en kunnen publieke gezondheidszorg en gemeentelijke diensten gezamenlijk verantwoordelijkheid nemen voor een integrale ketenaanpak in de geboortezorg. Een gemeentelijke projectleider als lokale *change agent* en ondersteuner is hierbij onontbeerlijk.

Gebruik beschikbare data om de perinatale gezondheid te agenderen en te monitoren

Verloskundigen, gynaecologen, kinderartsen en huisartsen leggen in Perined gegevens vast over de door hen verleende zorg. Door gebruik te maken van deze data kunnen gemeenten, GGD-en en zorgverleners inzicht krijgen in de perinatale gezondheid en gezondheidsverschillen van hun burgers, gerichte preventieve acties in gang zetten en deze monitoren. Met gestandaardiseerde informatie kunnen verloskundig samenwerkingsverbanden en GGD-en samen een gerichte aanpak opzetten, passend bij situatie in de wijk.

4. Het zorgexperiment preconceptiezorg

Van veel medische-, verloskundige-, psychosociale- en leefstijlrisico's staat de relatie met een ongunstige uitkomst van de zwangerschap vast. Voorbeelden daarvan zijn het gebruik van bepaalde medicijnen, roken, slecht ingestelde suikerziekte, kwalitatief slechte voeding en het niet of te laat gebruiken van foliumzuur. Ook op andere domeinen kunnen zich risico's voordoen, zoals op het werk of door blootstelling aan gevaarlijke stoffen. Uit eerder onderzoek blijkt dat 98% van de koppels met een preconceptieconsult bij een huisarts een of meer risicofactoren heeft (Van der Pal et al., 2008).
Deze risicofactoren voor perinatale gezondheidsproblemen zijn meestal al aanwezig vóór de conceptie. Schadelijke blootstellingen tijdens de periconceptieperiode (een preconceptieperiode van 14 weken vóór tot en met een postconceptionele periode van 10 weken na de bevruchting) zijn van invloed op een gezonde embryonale en foetale groei, op een goede start bij de geboorte en op de ontwikkeling en ontplooiing op latere leeftijd. Waar de huidige verloskundige zorg te laat van start gaat om dit proces te beïnvloeden, kan preconceptiezorg koppels met een kinderwens informatie en begeleiding geven om, waar mogelijk, deze risico's te verminderen of zelfs weg te nemen (Steegers et al., 2006; Poeran et al., 2011; Steegers, 2014).

Na het advies van de Gezondheidsraad (2007) hebben de beroepsgroepen van huisartsen, verloskundigen en gynaecologen richtlijnen/standaarden ontwikkeld voor preconceptiezorg (NVOG, 2008; de Jong-Potjer et al., 2011). Ook zijn er online instrumenten beschikbaar gekomen, zoals www.zwangerwijzer.nl, PreconceptieWijzer, Slimmer Zwanger of de Toolkit Zwanger Worden.
Desondanks is preconceptiezorg nog geen vast onderdeel van de zorg: voor zorgverleners kan het gebrek aan tijd en/of financiële vergoeding een rol spelen bij het al dan niet aanbieden[1] van preconceptiezorg in de eigen praktijk. Daarnaast is preconceptiezorg nog niet als basiszorg bekend bij het grote publiek. De ervaring leert dat het bereiken van vrouwen voor een preconceptieconsult lastig is. Onderzoek in het Rotterdamse Programma *Klaar voor een Kind* onder een multi-etnische groep laat echter een overwegend positieve houding zien tegenover preconceptiezorg. Als deze zorg zou worden aangeboden, overwegen de respondenten om naar een preconceptiezorgconsult te gaan (Temel et al., 2013).

[1] Een preconceptieconsult op verzoek van de vrouw wordt, als onderdeel van de Zorgverzekeringswet, vergoed door de zorgverzekeraar. Een actief aanbod van preconceptiezorg door zorgverleners past echter niet in het zorgverzekeringstelsel en wordt niet vergoed.

4.1. Doelstelling

Binnen HP4All is het geven van preconceptiezorg programmatisch opgezet om aanstaande ouders met een kinderwens in de preconceptionele fase te bereiken met:

- publieksinformatie (flyers, posters) over gezond zwanger worden en de mogelijkheden van preconceptiezorg;
- groepsvoorlichting voor een brede doelgroep, bij voorkeur in de wijk; en
- individuele preconceptiezorg (preconceptieconsult, ook kinderwensspreekuren genoemd) door verloskundigen en huisartsen.

Onderzocht is of hoog-risicogroepen worden bereikt door preconceptiezorg programmatisch en via verschillende wervingskanalen aan te bieden; of het aanbieden van programmatische preconceptiezorg geleid heeft tot vermindering van de risico's op ongewenste zwangerschapsuitkomsten; en wat de organisatorische slaag- of faalfactoren zijn om preconceptiezorg programmatisch aan te bieden (Denktaș et al., 2014; Van Voorst et al., 2015).

4.2. Zorgexperiment preconceptiezorg

In het experiment hebben verloskundigen en huisartsen individuele preconceptieconsulten aangeboden. De inhoud van de consulten is gestandaardiseerd door screening op risicofactoren met bestaande instrumenten (www.ZwangerWijzer.nl en PreconceptieWijzer). Voor de werving van vrouwen voor preconceptiezorg is gebruik gemaakt van verschillende kanalen uit zowel de curatieve zorg als de publieke gezondheidszorg.

Interventie

In het zorgexperiment bestond preconceptiezorg uit twee consulten. Vóór het eerste consult vulde de vrouw (en haar partner) ZwangerWijzer in. Dit is een online vragenlijst om preconceptionele risicofactoren te inventariseren (Vink-van Os et al., 2015). De vrouw mailde de resultaten naar de zorgverlener, die deze kon inlezen in PreconceptieWijzer. Dit is een webbased instrument met een overzicht van de risicofactoren, inclusief protocollen voor de zorgverlener en informatie voor de vrouw.[2] PreconceptieWijzer kan ook gebruikt worden voor dossiervorming.

[2] Sinds 2015 is de verzending van de uitkomsten uit www.zwangerwijzer.nl veranderd.

Tekstvak 4.1: wat is een preconceptieconsult?

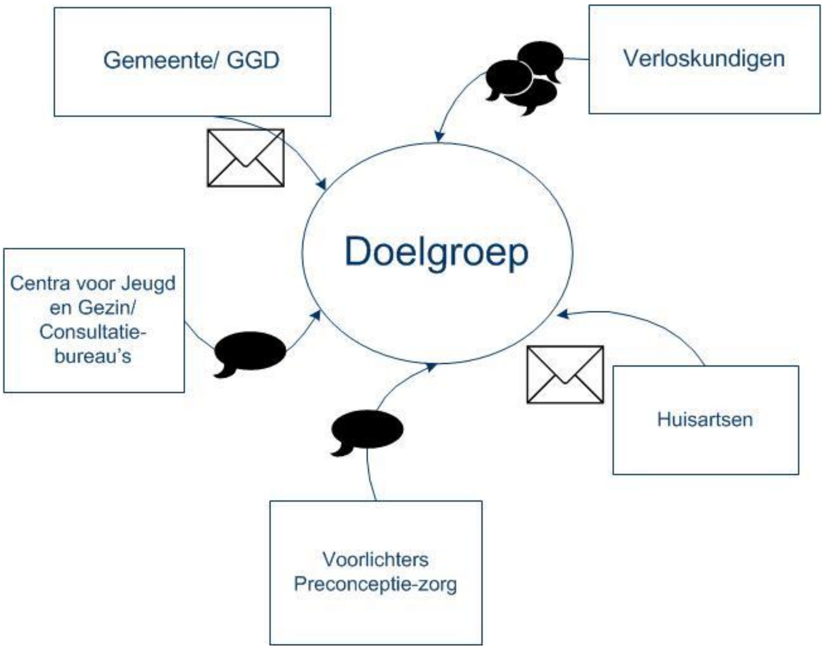
Tijdens een preconceptieconsult komen algemene preventieve maatregelen aan bod zoals het gebruik van foliumzuur, eventueel medicijngebruik en leefstijladviezen. Aan de hand van de resultaten uit ZwangerWijzer gaat de zorgverlener in op risicofactoren die specifiek gelden voor het koppel. Verder worden vragen van het koppel beantwoord, waaronder vragen over vruchtbaarheid, en worden gewicht en bloeddruk gemeten. Het consult wordt afgesloten met een zorgplan, met adviezen en waar nodig aanvullende diagnostiek, interventies of verwijzing naar een andere zorgverlener of hulpverlener (De Jong-Potjer et al., 2011).

In de opzet van HP4All is laboratoriumonderzoek en een tweede consult opgenomen, met evaluatie van de eerder gegeven adviezen, eventueel gevolgd door verdere actie.

Ingezette wervingsstrategieën

Voor de werving van vrouwen voor preconceptieconsulten zijn verschillende strategieën ingezet (zie figuur 4.1):

- De gemeente/GGD heeft een brief gestuurd naar vrouwen van 18 tot en met 41 jaar die volgens de Basisregistratie Personen (voorheen Gemeentelijke Basisadministratie Personen) in de geselecteerde wijken wonen. In deze brief zijn vrouwen geïnformeerd over de mogelijkheid van preconceptiezorg, inclusief contactgegevens van praktijken;
- Huisartsen hebben binnen hun praktijk een brief verstuurd naar vrouwen van 18 tot en met 41 jaar. Ook hebben zij vrouwen in de dagelijkse praktijk gewezen op individuele preconceptiezorg;
- Artsen/verpleegkundigen van de jeugdgezondheidszorg hebben ouders gewezen op individuele preconceptiezorg door bij het 6-maandsconsult een flyer uit te reiken;
- Verloskundigen is gevraagd vrouwen tijdens verschillende momenten in de reguliere zorg, zoals na een bevalling of een miskraam, te attenderen op individuele preconceptiezorg;
- Lokaal is preconceptiezorg onder de aandacht gebracht met posters en flyers;
- Voorlichters preconceptiezorg (zie hoofdstuk 5) hebben voorlichting gegeven over preconceptionele gezondheid en hebben vrouwen geattendeerd op individuele preconceptiezorg.



Figuur 4.1 Wervingsstrategieën voor toeleiding naar preconceptieconsulten

Gemeenten/GGD hebben vervolgens verschillende afwegingen gemaakt over de in te zetten wervingsstrategieën. Het lokaal beleid over het informeren van burgers was hierin sturend. Zeven van de 10 grote gemeenten en de vier kleinere gemeenten hebben 110.199 brieven verstuurd, wat in elke gemeente heeft gezorgd voor een piek in consulten. De overige gemeenten hebben geen brief verstuurd vanwege lokale afspraken over het bereiken van de bevolking, de (lage) verwachtingen over het rendement van een dergelijke grootschalige actie en het gebruik van andere communicatiekanalen. Tussen november 2013 en mei 2014 heeft 65% van de deelnemende huisartsen brieven verzonden, in totaal 31.088 (Sijpkens et al., 2016).
In verschillende gemeenten zijn wijkkranten en gemeentesites ingezet ter promotie van een goede gezondheid vóór de zwangerschap en het gebruik van preconceptieconsulten. Verder hebben gemeenten eigen accenten toegevoegd, zoals voorlichting gericht op specifieke doelgroepen. In 10 van de 14 gemeenten is gewerkt met voorlichters preconceptiezorg. Dit wordt verder beschreven in hoofdstuk 5.

Randvoorwaarden voor de implementatie
Aan iedere deelnemende praktijk is scholing (zelfstudie) aangeboden over het doel en de inhoud van preconceptiezorg en de aanpak van het onderzoek. Op praktijkniveau zijn de zorgverleners geschoold in de logistiek en het webbased registratiesysteem voor het onderzoek. Ook de (coördinerende) praktijkassistente is geschoold in de logistiek.

Tekstvak 4.2: werving van deelnemende zorgverleners

Benadering van zorgverleners verliep via bestaande kanalen, zoals netwerken van huisartsen, startbijeenkomsten in gemeenten en informatiebrieven. Het bereiken van huisartsen heeft meer tijd gekost dan verwacht; in dezelfde periode zijn taakverzwaringen ingevoerd in zowel de curatieve als de preventieve zorg in de huisartsenpraktijk. Uiteindelijk zijn alle huisartsenpraktijken in de geselecteerde wijken, en verloskundigenpraktijken die zorg leveren in de geselecteerde wijken, individueel benaderd.

Van de 85 benaderde huisartsenpraktijken hebben 35 praktijken (41%) deelgenomen aan het zorgexperiment preconceptiezorg, evenals 29 van de benaderde 66 verloskundigen-praktijken (44%). In één gemeente hebben de verloskundigen de preconceptieconsulten centraal laten verlopen.

4.3. Onderzoeksopzet

In dit cohortonderzoek is vrouwen in de vruchtbare leeftijd individuele preconceptiezorg bij een deelnemende huisarts of verloskundige aangeboden. Haalbaarheid en effectiviteit van de invoering van programmatische preconceptiezorg is geëvalueerd. Onder effectiviteit is verstaan vermindering van risicofactoren en veranderingen van leefstijl, met name toename in het gebruik van foliumzuur en stoppen met roken.

Tekstvak 4.3: onderzoeksvragen

Hoeveel vrouwen zijn bereikt en meer specifiek: hoeveel vrouwen uit hoog-risicogroepen zijn bereikt?

Leidt programmatische preconceptiezorg tot vermindering van de risico's op ongewenste zwangerschapsuitkomsten? Om deze vraag te beantwoorden wordt de prevalentie van de verschillende risicofactoren, met name gebruik van foliumzuur of stoppen met roken, onderzocht in het preconceptiezorg cohort. Voor beantwoording van deze vraag is een onderzoeksgroep nodig van 839 vrouwen.

4.4. Bereik en effectiviteit van het programma

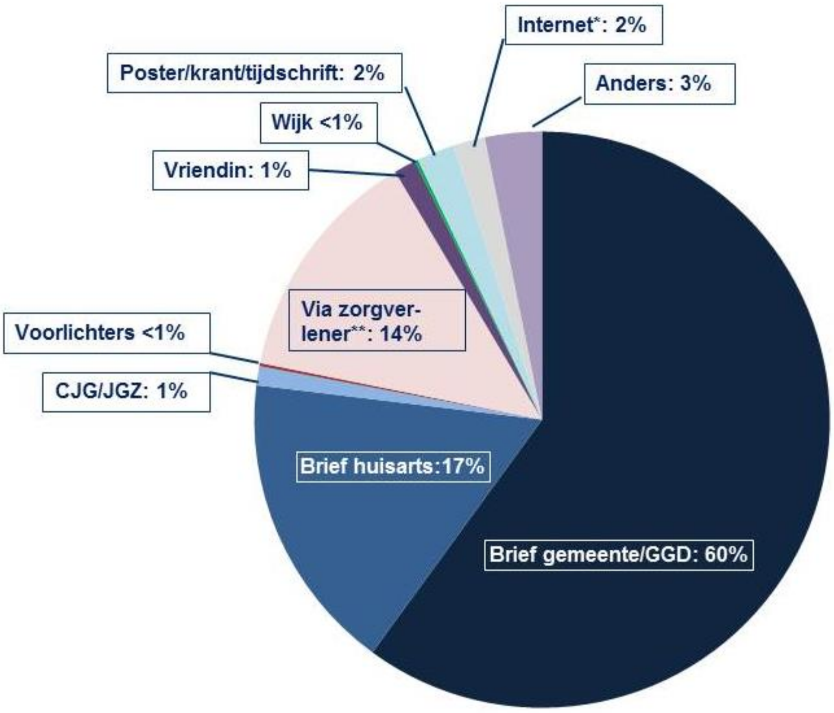
Vrouwen zijn via verschillende kanalen geattendeerd op de mogelijkheid van een preconceptieconsult. Voorafgaand aan het eerste consult is aan hen gevraagd om mee te doen aan wetenschappelijk onderzoek. De zorg is niet beïnvloed door het al dan niet deelnemen aan het onderzoek. Vrouwen die toestemming hebben gegeven voor deelname aan het wetenschappelijk onderzoek, is gevraagd om een vragenlijst in te vullen, bij een laboratorium in de buurt bloed af te laten afnemen en urine af te geven (voormeting) en voor een tweede consult te komen waarna op dezelfde wijze een nameting plaatsvond.

Bereik: aanmeldingen voor preconceptieconsulten

Via de verschillende wervingskanalen hebben 587 vrouwen zich tussen februari 2013 en januari 2015 aangemeld voor een consult bij een van de deelnemende verloskundigen of huisartsen.

Bekendheid met preconceptieconsulten: resultaat van de wervingsstrategieën

Bij aanmelding voor een preconceptieconsult is aan de vrouwen gevraagd hoe zij hiervan af wisten. Van 533 (90,8%) vrouwen is dit geregistreerd; een deel van hen heeft meerdere kanalen genoemd (in totaal: 563 wervingskanalen). Het meest genoemd is de brief van de gemeente (60%), gevolgd door de brief van de huisarts (17%) en attendering door haar zorgverlener op het bestaan van preconceptieconsulten (14%). Andere wervingskanalen als poster/krant/tijdschrift en internet, voorlichters of attendering door de jeugdgezondheidszorg zijn minder vaak genoemd (figuur 4.2) (Sijpkens et al., 2016).



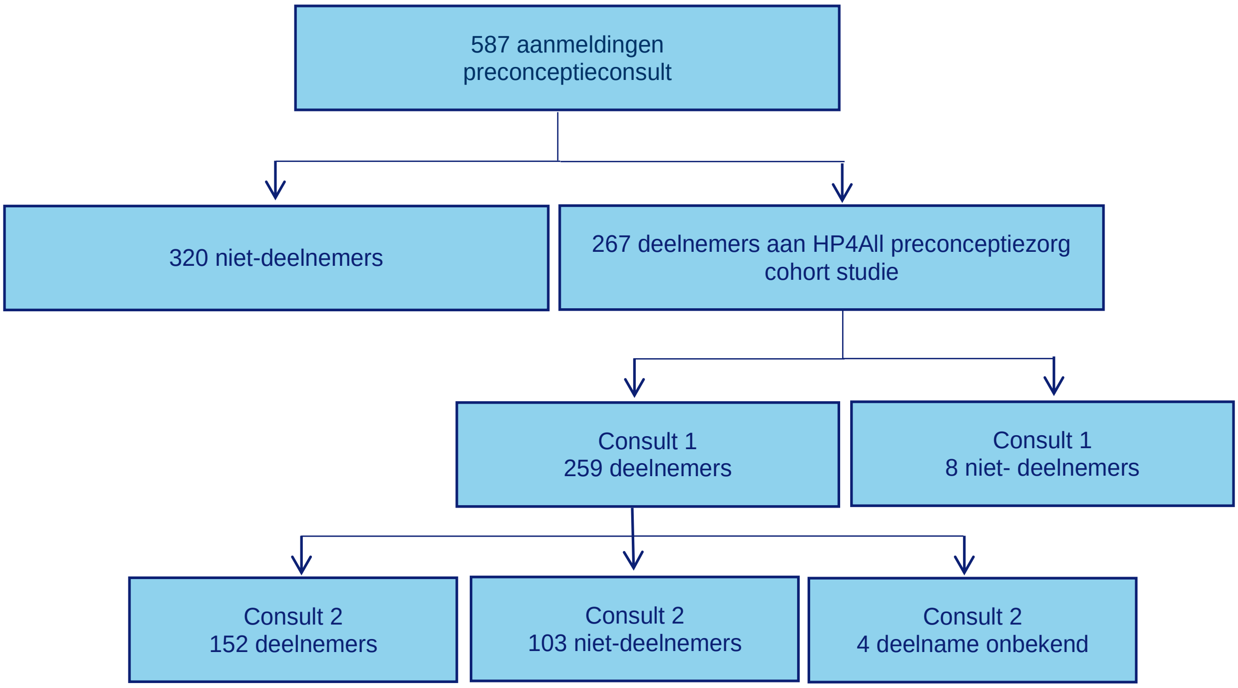
* internet, inclusief www.zwangerwijzer.nl
** huisartsen, verloskundigen, overig

Figuur 4.2 Wervingskanalen waarlangs (533) vrouwen zich hebben aangemeld voor een kinderwensconsult.
Zij hebben in totaal 563 wervingskanalen genoemd. De percentages in de figuur geven aan hoe vaak iedere methodiek is genoemd.

Deelname aan het wetenschappelijk onderzoek naar effectiviteit van preconceptiezorg

Na aanmelding bij een huisartsen- of verloskundigenpraktijk hebben vrouwen per post informatie gekregen over (deelname aan) het wetenschappelijk onderzoek. Vervolgens hebben de onderzoekers hen telefonisch benaderd en gecounseld over het onderzoek. Bij (mondelinge) toezegging tot deelname aan het onderzoek (n=381) is hen gevraagd het toestemmingsformulier ondertekend terug te sturen: van 267 vrouwen is dit formulier ontvangen (45% van de aanmeldingen), 114 vrouwen hebben (ondanks herhaaldelijk verzoek) het toestemmingsformulier niet ondertekend. Hun gegevens zijn niet meegenomen in de analyses.

Van de vrouwen die hebben meegedaan aan het wetenschappelijk onderzoek is bekend dat 3% geen consult heeft gehad, 57% is twee keer naar het preconceptieconsult gegaan. 39% heeft geen gebruik gemaakt van het tweede consult, vanwege zwangerschap, geen noodzaak zien voor een vervolgconsult of praktische barrières (en van 1% is dit onbekend) (zie figuur 4.3).



Verzamelde data voormeting	Verzamelde data nameting
244 ingevulde vragenlijst consult 1	177 ingevulde vragenlijst consult 2
231 lichaamsmetingen consult 1	122 lichaamsmetingen consult 2
187 laboratoriumonderzoek consult 1	83 laboratoriumonderzoek consult 2

Figuur 4.3 Flowchart aanmeldingen voor preconceptiezorg en deelname aan onderzoek

Welke groep is er bereikt met de preconceptieconsulten?

Deelnemers aan het onderzoek is gevraagd vragenlijsten in te vullen: 244 vrouwen hebben minstens één vragenlijst ingevuld (42% van de aanmeldingen voor een preconceptieconsult; 91% van deelnemers aan het onderzoek).

Vrouwen uit de onderzoeksgroep zijn tussen de 18 en 41 jaar, met een gemiddelde leeftijd van 30 jaar. Het merendeel (61%) beschouwt zichzelf als Nederlander. De overige vrouwen rekenen zichzelf tot een andere etniciteit, met als grootste groep Surinaams-creools en Antilliaans/Arubaans (samen 13%), Surinaams hindoestaans (6%) en ‘anders’ (10%). Een derde van de vrouwen (33%) is niet in Nederland geboren (eerste generatie migrant) en 16% is een tweedegeneratie migrant. De helft van de vrouwen (50%) is hoger opgeleid, 36% middelbaar en 7% laagopgeleid. Bij 19% van de vrouwen is het maandelijks netto-gezinsinkomen lager dan € 1.500, 28% heeft een middeninkomen en 42% een netto-gezinsinkomen van meer dan € 2.500.

Van deze vrouwen is 30% eerder zwanger geweest. 48% wil in de komende drie maanden zwanger worden, 25% in de komende drie tot zes maanden en 18% over meer dan 6 maanden. 2% van de vrouwen besluit misschien alsnog om niet zwanger te worden.

13% van de vrouwen rookt, 64% gebruikt alcohol en 2% gebruikt drugs. 34% gebruikt géén foliumzuur of multivitaminen voor zwangere vrouwen. In totaal hebben 177 vrouwen twee vragenlijsten ingevuld: van de groep vrouwen die vóór het eerste consult geen foliumzuur gebruikte is meer dan 20% foliumzuur gaan gebruiken.

Reden voor gebruik van een preconceptieconsult

Van 236 studiedeelnemers is bekend waarom ze zich hebben aangemeld voor een kinderwensconsult: 25% wil graag informatie over zwanger worden, 21% maakt zich zorgen of ze wel zwanger kunnen worden. 42% heeft zorgen over een gezonde zwangerschap en wil daar informatie over. Voor 4% van de vrouwen zijn problemen bij een eerdere zwangerschap of bevallingen de reden voor aanmelding, 4% van de vrouwen meldt zich omdat het consult wordt aangeboden of aanbevolen en nog eens 4% heeft andere redenen.

Effectiviteit van het programma

587 vrouwen hebben zich aangemeld voor een consult bij één van de verloskundigen of huisartsen. Van hen hebben 244 vrouwen minstens één vragenlijst ingevuld (figuur 4.3). Door hun deelname is meer bekend geworden over hun achtergrondkenmerken en de redenen om naar een consult te gaan. Het aantal deelnemers aan het wetenschappelijk onderzoek is echter niet groot genoeg om, in aanvulling op eerdere onderzoeken, de effectiviteit van preconceptiezorg op het gebruik van foliumzuur of stoppen met roken te kunnen aantonen (Sijpkens et al., 2016).

Aanvullend onderzoek

De PREGEVA studie (PREconceptiezorg voor vrouwen met lage GEzondheidsVAardigheden, januari 2014-juli 2016) is één van de studies binnen het ZonMw-programma *Zwangerschap en geboorte*. Deze studie is ingebed in HP4All en onderzoekt de toegankelijkheid en effectiviteit van preconceptiezorg voor vrouwen met een lage sociaal economische status (SES) en lage gezondheidsvaardigheden in de regio Amsterdam Zuidoost. 72 respondenten hebben deelgenomen aan interviews. Van hen is 17% zich bewust van het aanbod van preconceptiezorg waarover ze eerder een brief of flyer hebben gekregen. Na het lezen van de brief begrijpen de meeste geïnterviewde het doel van preconceptiezorg; 35% zou echter geen gebruik maken van preconceptiezorg.
De onderzoekers doen de aanbeveling andere kanalen in te zetten, zoals persoonlijke communicatie en sociale media. Ook het gebruik van ZwangerWijzer wordt onderzocht. De resultaten worden gebruikt voor aanpassingen van dit instrument. Via interviews en observaties onder zorgverleners is onderzocht in hoeverre zij zich bewust zijn van het probleem van lage gezondheidsvaardigheden en mogelijke oplossingen. Doorgaans is dat niet het geval (Fransen et al., 2015; Fransen et al., 2016; Essink-Bot, *submitted*).

4.5. Succesfactoren en knelpunten

Tekstvak 4.4: onderzoeksvragen

Om een uitspraak te kunnen doen over de meest optimale manier om preconceptiezorg in te bedden in het bestaande zorgsysteem is in kaart gebracht welke organisatorische factoren preconceptiezorg doen slagen of falen.

Preconceptiezorg heeft (nog) geen vaste plaats in de zorgverlening door huisartsen en verloskundigen, noch in de publieke gezondheidszorg of de jeugdgezondheidzorg. Daarom is het onderzoek naar organisatorische factoren voor het invoeren van preconceptiezorg in 2012 van start gegaan met een nulmeting naar het aanbod aan preconceptiezorg.

Nulmeting

Onder een landelijke steekproef van huisartsen en verloskundigen is een nulmeting uitgezet naar het bestaande aanbod aan preconceptiezorg. Deze is beantwoord door 449 huisartsen (27% van de aangeschreven groep) en 250 verloskundigen (34%) (Van Voorst et al., 2016a).

57% van de huisartsen en 40% van de verloskundigen heeft in de twee maanden voor de peiling een vraag gehad over risicofactoren bij een eventuele (volgende) zwangerschap. Zij krijgen echter zelden een expliciete vraag voor een preconceptieconsult (De Jong-Potjer et al., 2016). Het aantal feitelijk uitgevoerde preconceptieconsulten is beperkt: 1 op de 4 huisartsen en 1 op de 5 verloskundigen heeft in de twee maanden voorafgaand aan de enquête een preconceptieconsult geleverd.
De inhoud van de gegeven consulten varieert: 49% van de verloskundigen en 20% van de huisartsen voert een consult op een systematische manier uit, dat wil zeggen volgens de geldende richtlijn zoals beschreven in De Jong-Potjer et al. (2011). Mogelijk hangt deze variatie samen met het verschil in gebruik van ZwangerWijzer en PreconceptieWijzer (94% bij de verloskundigen en 25% bij de huisartsen) of het volgen van scholing over preconceptiezorg (63% van de verloskundigen en 15% van de huisartsen heeft een vorm van scholing ontvangen).

De respondenten staan positief tegenover het aanbieden van preconceptiezorg. Volgens 67% van de verloskundigen is de verloskundige primair verantwoordelijk voor het verzorgen van preconceptiezorg; 42% van de huisartsen deelt deze mening. Naar de mening van 40% van de huisartsen is de huisarts hiervoor primair verantwoordelijk. Om preconceptiezorg een

structurele plaats te geven in de zorg zijn volgens de respondenten een effectieve rekrutering onder risicogroepen nodig, evenals meer kennis over risicofactoren en een adequate vergoeding (Van Voorst et al., 2016a).

Gemeentelijk brief: belangrijk wervingskanaal

Van 533 vrouwen is bekend via welk wervingskanaal zij op de hoogte waren van het bestaan van een preconceptieconsult (4.4). De brief van de gemeente aan vrouwen in de vruchtbare leeftijd heeft een grote rol gespeeld bij de promotie van het preconceptieconsult.

Knelpunten bij de uitvoering van het zorgexperiment

Zoals beschreven zijn er voor de werving van vrouwen voor preconceptieconsulten verschillende strategieën ontwikkeld. Vervolgens hebben gemeenten eigen afwegingen gemaakt over de inzet van de beschikbare strategieën, waardoor niet alle opties zijn gebruikt.
Een van de wervingskanalen is het attenderen op de mogelijkheden van een preconceptieconsult via de jeugdgezondheidszorg. Van hen is gevraagd vrouwen met kinderen te wijzen op preconceptieconsulten. De inzet van dit wervingskanaal heeft tot vragen geleid over de verschuiving van ‘zorg aan het kind’ naar ‘zorg voor de moeder van het kind’: formeel behoort (voorlichting over) preconceptiezorg niet tot het basispakket van de JGZ.

Knelpunten bij het onderzoek

HP4All is uitgevoerd in wijken met meer achterstandsproblematiek dan gemiddeld. In deze wijken nemen mensen aanmerkelijk minder vaak deel aan onderzoek (Goodman et al., 2008). De manier waarop *informed consent* gevraagd moet worden werpt barrières op voor deelname aan onderzoek; mogelijk is toestemming vragen in een één-op-één gesprek de beste manier (Tamariz et al., 2013).
Door de opzet van het onderzoek is de counseling van vrouwen over deelname aan het onderzoek echter ‘op afstand’ gebeurd. Mogelijk verklaart dit de deelname aan het onderzoek: van alle vrouwen die zich hebben aangemeld voor een preconceptieconsult, heeft 45% deelgenomen aan het onderzoek. De helft van hen is hoger opgeleid.

Patiënttevredenheid

Via vragenlijsten en diepte-interviews is aan vrouwen gevraagd naar hun tevredenheid over het preconceptieconsult bij huisarts of verloskundige. Dit onderzoek is onderdeel van HP4All-2, het vervolgproject (2014-2017). De voorlopige resultaten laten zien dat vrouwen over het algemeen goede ervaringen hebben gehad met het preconceptieconsult. De meeste vrouwen vinden dat er meer publiciteit nodig is om het preconceptieconsult te

promoten (Van Voorst et al., 2016b). Daaronder valt het toesturen van een brief, zoals ze hebben ontvangen (zie 4.2) en het gebruik van sms en sociale media kanalen.

Borging

Verschillende GGD-en en gemeenten hebben gedurende of aan het einde van HP4All de bevordering van de preconceptionele gezondheid opgenomen in (regionale of lokale) gezondheidsnota's of in het beleid van de jeugdgezondheidszorg. In zes gemeenten is preconceptievoorlichting ingebed in bestaande collectieve voorlichtingsactiviteiten (zie 5.5). In een aantal gemeenten wordt werving via de jeugdgezondheidszorg voortgezet, vanuit de gemeente of via het vervolgproject HP4All-2.

Tekstvak 4.5: een breder aanbod aan voorlichting over gezond zwanger worden

Volgens zorgverleners en vrouwen die een preconceptieconsult bezochten, moet er meer aandacht zijn voor gezond zwanger worden en de voordelen van een preconceptieconsult. De afgelopen jaren zijn verschillende initiatieven ontstaan, vanuit zorgverleners en binnen het programma *Zwangerschap en geboorte* van ZonMw.

Gemeenten ontwikkelen voorlichtingsactiviteiten rond kinderwens en gezond zwanger worden. De vraag *Waar moet je aan denken als je gezond zwanger wilt zijn?* komt ook in het onderwijs aan de orde, bijvoorbeeld op de website www.seksuelevorming.nl. Deze website biedt concrete lesmaterialen, handvatten en tips aan leraren in het basisonderwijs, speciaal onderwijs, voortgezet onderwijs, middelbaar beroepsonderwijs en opleiders van de pabo en lerarenopleidingen. Een van de onderwerpen is *Voortplanting, zwangerschap en kinderwens*.

De Stichting Expertisecentrum ETV.nl heeft in opdracht van GGD-Haaglanden het programma *Gezond zwanger worden* ontwikkeld. ETV.nl richt zich op langzaam lerende, laaggeletterde en/of analfabete jongvolwassenen, zowel autochtoon als allochtoon, en hun omgeving.

De GGD-en van de gemeenten Rotterdam en Den Haag hebben gezamenlijk het Negen Maanden Spel ontwikkeld en verspreid (www.spelopmaat.com). Het Negen Maanden Spel is een bordspel om laagdrempelige voorlichting te geven over gezonde zwangerschap, ervaringen te delen en (praktische) keuzes te bespreken. De kennis van de deelnemers lijkt na het spelen van het spel verbeterd te zijn. De meerderheid van de organisaties ziet het spel als leerzaam en informatief en een goed instrument voor kennisoverdracht en discussie.
GGD Haaglanden en GGD Rotterdam-Rijnmond hebben dit spel beschikbaar gesteld voor de voorlichters preconceptiezorg voor gebruik tijdens voorlichtingsbijeenkomsten.

Bij de start van het project heeft het projectteam samen met het Erfocentrum een aantal onderdelen uit ZwangerWijzer geactualiseerd. Gaandeweg het project heeft de gemeente Den Haag, in samenwerking met het Erfocentrum en het Erasmus MC, ZwangerWijzer laten vertalen in het Chinees Mandarijn, Arabisch, Turks en Engels. Dit is gebeurd op verzoek van het beroepenveld.
Begin 2015 is ZwangerWijzer vernieuwd en zijn de protocollen, die voorheen deel uitmaakten van PreconceptieWijzer, geïntegreerd in ZwangerWijzer.

Tekstvak 4.6: consensus over preconceptiezorg

Het Erasmus MC heeft in samenspraak met ZonMw twee landelijke bijeenkomsten georganiseerd om wetenschappelijke consensus te bereiken op onderdelen van preconceptiezorg, zoals gehanteerde begrippen, doelgroepen, onderdelen van de zorg en de te beogen gezondheidswinst. (Temel et al., 2015).

Tijdens het project zijn zorgverleners geschoold in kennis over preconceptionele gezondheid, het aanbieden van preconceptiezorg en het gebruik van de bijbehorende instrumenten. Dit is een belangrijke eerste stap in de borging van de preconceptiezorg, zoals zorgverleners ook hebben benoemd in de nulmeting.

4.6. Aanbevelingen

Bevorder preconceptionele gezondheid door samenwerking in de wijk

Gedurende het project zijn verschillende kanalen benut om de bekendheid van preconceptionele gezondheid te vergroten. Gemeentelijke media, zoals lokale kranten of websites, zijn ingezet om bewoners te informeren. Hiermee is ook de sociale omgeving van vrouwen en mannen met een mogelijke kinderwens bereikt. Stimuleer preconceptionele gezondheid in de wijk door samenwerking van de preventieve en curatieve sector in de wijk. Gebruik daarvoor sociale media, gemeentelijke media en wijkactiviteiten.

Integreer preconceptionele gezondheid in Gezond in …

Gemeenten hebben wettelijke taken op het gebied van collectieve voorlichting. Wij stellen voor dat gemeenten deze ruimte benutten voor de voorbereiding op een gezonde zwangerschap. Voor de versterking van de gezondheid en welzijn van hun bewoners zetten veel gemeenten in op wijkgerichte aanpak van gezondheidsachterstanden, bijvoorbeeld via Gezond in …. Wij pleiten er voor dat gemeenten *gezond zwanger* integraal opnemen in deze aanpak. Andere gemeenten adviseren we om zich aan te sluiten bij Gezond in ….

Betrek alle zorgverleners bij de bevordering van een gezonde zwangerschap

Vooral huisartsen en verloskundigen zijn betrokken geweest bij HP4All. Hierdoor is duidelijker geworden wat zij nodig hebben om preconceptiezorg te kunnen bieden: kennis over preconceptionele gezondheid en risicofactoren, een handreiking voor wat deze zorg inhoudt, infrastructuur, ondersteuning bij het opzetten van deze nieuwe vorm van zorg en duidelijkheid over vergoeding ervan.

Ook andere zorgverleners (zoals apothekers, tandartsen, kraamzorg, JGZ, kinderartsen en andere medisch specialisten) hebben een rol bij de bevordering van een gezonde zwangerschap. Voor sommige beroepsgroepen wordt dit in gang gezet, zoals voor bedrijfsartsen binnen ZonMw-project Arbeid en Gezond Zwanger - maak er werk van. Recent hebben de Artsen Jeugdgezondheidszorg Nederland (AJN) en de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK) de intentie uitgesproken dat 'preconceptiezorg een taak [is] voor jeugdarts en kinderarts' (AJN/NVK, 2015). Zij zullen ouders daar waar mogelijk, informeren over de mogelijkheid tot individuele preconceptiezorg en ze door verwijzen in eigen regio.
Het moet voor iedere zorgverlener die zorg levert aan vrouwen in de vruchtbare leeftijd, duidelijk zijn naar wie zij binnen de eigen regio kunnen doorverwijzen voor preconceptie-zorg. Wij pleiten ervoor dat verloskundig samenwerkingsverbanden de preconceptionele gezondheid binnen hun eigen regio promoten; dat zij hiertoe de samenwerking tussen huisartsen en verloskundigen bevorderen (de een heeft vaak meer kennis over de

gezondheid van de vrouw en de ander over een gezonde zwangerschap); en dat zij met elkaar en met de preventieve zorg afspraken maken over het aanbod aan preconceptiezorg.

Zet mHealth en sociale media in

Vrouwen die een preconceptieconsult hebben gehad zijn van mening dat er meer aandacht moet zijn voor gezond zwanger worden en de mogelijkheden van preconceptieconsulten. Zij adviseren om daarvoor sociale media in te zetten. Zwangerwijzer biedt koppels met een kinderwens adviezen op maat. SlimmerZwanger, een mHealth instrument voor de mobiele telefoon (www.SlimmerZwanger.nl) gaat een stap verder en biedt coaching bij verbetering van leefstijl. Ook andere apps en *communities* voor bijvoorbeeld diabetes of epilepsie bieden mogelijkheden om vrouwen te attenderen op de invloed van hun ziekte op gezond zwanger worden. Het is aan te bevelen om binnen deze, en vergelijkbare apps en *communities*, vrouwen in de vruchtbare leeftijd regelmatig te vragen naar hun kinderwens.

Creëer een mogelijkheid om preconceptiezorg actief aan te bieden

Idealiter start de zorg aan (aanstaande) ouders al in de periode vóór de bevruchting met preventieve zorg. Preventieve zorg aanbieden is echter onder de Zorgverzekeringswet niet mogelijk; huisartsen, verloskundigen en gynaecologen kunnen preconceptiezorg nu alleen op verzoek van de vrouw geven. Wij pleiten voor een integrale zorg die begint in de preconceptionele periode en waarin de geboortezorg nauw samenwerkt met gemeenten, GGD-en, huisartsen en JGZ. Door de huidige schotten binnen de geboortezorg en tussen zorg en preventie wordt dit proces bemoeilijkt. Gemeenten kunnen hierop echter sturen vanuit hun algemene bevorderingstaken, waar de afstemming tussen publieke gezondheidszorg met de curatieve gezondheidszorg onder valt. Gemeenten kunnen preconceptiezorg inkopen bij bijvoorbeeld verloskundigen, huisarts of de JGZ.

Het *Basispakket Jeugdgezondheidszorg* biedt op dit moment geen mogelijkheid om preconceptieconsulten aan te bieden. Omdat de JGZ nagenoeg alle ouders met jonge kinderen regelmatig ziet, adviseren wij deze zorg aan ouders met één of meerdere kinderen toe te voegen. Binnen HP4All-2 (2014-2017) wordt hiermee in een aantal gemeenten ervaring opgedaan.

5. Voorlichters Preconceptiezorg

In het Rotterdamse programma *Klaar voor een Kind* (2008-2012) zijn Voorlichters Perinatale Gezondheid opgeleid om gezondheidsvoorlichting te geven aan (aanstaande) ouders, zwangere vrouwen en kraamvrouwen. Zij kunnen toeleiden naar preconceptieconsulten en, desgewenst, in de huisartsenpraktijk of de verloskundigenpraktijk ondersteuning bieden tijdens deze spreekuren.
De voorlichters binnen *Klaar voor een Kind* zijn gerekruteerd uit verschillende bevolkingsgroepen en zijn bekend met specifieke doelgroepen. Via groepsvoorlichting hebben zij vrouwen onder meer bewust gemaakt van de noodzaak van een goede gezondheid voorafgaand aan de zwangerschap. Deelname aan voorlichtingsbijeenkomsten heeft tot meer kennis geleid over foliumzuurgebruik, preconceptiezorg, roken en medicijngebruik voorafgaand en tijdens de zwangerschap (Peters et al., 2014).
De voorlichters hebben niet alleen de vrouwen (en mannen) in de vruchtbare leeftijd benaderd, maar ook hun directe (beïnvloedings)omgeving (Peters et al., 2014).

5.1. Doelstelling

In eerder onderzoek is aangetoond dat voorlichting kan bijdragen aan betere kennis over de preconceptionele gezondheid (Peters et al., 2014). In HP4All is hierop voortgebouwd: voorlichters preconceptiezorg zijn opgeleid om risicogroepen voor te lichten en hen toe te leiden en eventueel te begeleiden naar de reguliere preconceptionele zorg.

5.2. Strategie om voorlichtingen preconceptiezorg op te zetten

Het opzetten van voorlichting preconceptiezorg is opgezet via vier fasen:

1. Agenderen bij gemeenten, ontwikkelen en opzetten van de opleiding (inclusief financiering);
2. Adoptie van het deelproject, met selectie van kandidaten, scholing en certificering, materiaalvoorziening en vergoeding regelen voor de voorlichtingsbijeenkomsten;
3. Ontwikkelen en aanbieden van de scholing aan kandidaten, per gemeente op maat gemaakt;
4. Uitvoering en implementatie, door enerzijds het organiseren van voorlichtingsbijeenkomsten en anderzijds het verwijzen van vrouwen/koppels met een kinderwens naar de preconceptieconsulten in de gemeente.

In fase 1 heeft elke gemeente een weloverwogen keuze gemaakt om al dan niet voorlichters preconceptiezorg in te zetten. Afhankelijk van deze keuze zijn vervolgstappen gezet.

Agenderen van het deelproject

Ter ondersteuning van het zorgexperiment preconceptiezorg (zie hoofdstuk 4) is de 14 deelnemende gemeenten gevraagd of er interesse en financiële mogelijkheden zijn voor het opleiden van voorlichters preconceptiezorg en het organiseren en faciliteren van voorlichtingsbijeenkomsten. Aan gemeenten is ook gevraagd om de voorlichters financieel en materieel te ondersteunen in het aanschaffen dan wel vervaardigen van voorlichtingsmaterialen.

Adoptie van het deelproject

In 11 van de 14 gemeenten zijn voorlichters preconceptiezorg geworven, opgeleid en ingezet: Groningen, Appingedam, Delfzijl, Pekela, Menterwolde, Utrecht, Tilburg, Nijmegen, Den Haag, Schiedam en Enschede. De gemeente Schiedam heeft een beroep gedaan op de voorlichters van de Stichting Voorlichters Gezondheid (voorheen de Voorlichters Perinatale Gezondheid van het programma *Klaar voor een Kind*). De andere gemeenten hebben kandidaten geworven om voorlichter te worden. Kandidaten hebben kennis en toegang tot de doelgroep, zijn cultuursensitief en bij voorkeur meertalig. Hun vooropleiding is minimaal MBO-4 niveau. Om hun activiteiten te kunnen inbedden en te borgen is bij de werving en selectie al rekening gehouden met hun professionele netwerk.

Ontwikkelen en aanbieden van de scholing aan kandidaten

Het Erasmus MC heeft in samenwerking met Zorgcampus B.V. de Leergang 'Voorlichting Preconceptiezorg' ontwikkeld. Deze is gebaseerd op de 'Opleiding Voorlichting Perinatale Gezondheid' die in 2010 is ontwikkeld voor het programma *Klaar voor een Kind* (Peters et al., 2014).
De leergang, met thuisstudie en online begeleiding door een docent, bestaat uit vier theoretische modulen met daaraan gekoppelde praktijkopdrachten. Het studiemateriaal is gebundeld en toegankelijk als naslagwerk. Cursisten die de leergang met minimaal een voldoende hadden afgerond, hebben een certificaat ontvangen. Gecertificeerde voorlichters zijn in staat om op een laagdrempelige en interactieve wijze informatie over te dragen over preconceptiezorg. Zij maken gebruik van landelijk ontwikkelde voorlichtingsmaterialen en passen deze lokaal aan voor aansluiting bij verschillende doelgroepen en het lokale beleid. Daarnaast kunnen de voorlichters een actieve bijdrage leveren aan het bekend maken van preconceptieconsulten.

Tekstvak 5.1: voorlichters preconceptiezorg

De voorlichters zijn afkomstig uit of werkzaam bij de gemeente of GGD (al dan niet als vrijwilliger binnen andere projecten), de kraamzorg, de jeugdgezondheidszorg en verloskunde.
In totaal hebben 49 vrouwen en 2 mannen uit 10 gemeenten zich kandidaat gesteld voor de leergang. Hiervan zijn 41 kandidaten gestart met de opleiding; 35 studenten hebben de opleiding succesvol afgerond en het certificaat behaald.

Uitvoering en implementatie

Gemeenten die voorlichters hebben opgeleid, hebben budget en materialen beschikbaar gesteld om voorlichtingsbijeenkomsten te organiseren

5.3. Interventie

Om vrouwen uit verschillende doelgroepen kennis te laten maken met preconceptiezorg en kennis over gezond zwanger worden te vergroten, zijn voorlichters preconceptiezorg opgeleid. De voorlichters geven voorlichting aan risicogroepen, attenderen hen op en begeleiden hen eventueel naar reguliere preconceptiezorg.

5.4. Bereik van de voorlichtingsbijeenkomsten

Tekstvak 5.2: onderzoeksvragen

Onderzocht is of hoog-risicogroepen bereikt zijn met perinatale gezondheidsvoorlichting in de vorm van themabijeenkomsten en cursussen.

Tussen 1 mei 2012 en 1 juli 2014 hebben de voorlichters 147 bijeenkomsten georganiseerd voor vrouwen uit doelgroepen die bekend staan als ‘moeilijk bereikbaar’ (laagopgeleid, wonend in achterstandswijken, lage gezondheidsvaardigheden, van niet-westerse afkomst). Hiermee hebben zij 1.796 vrouwen bereikt (Sijpkens et al., 2016), vooral via bijeenkomsten in de wijk.
Aan de deelnemers is na afloop van de voorlichtingsbijeenkomst gevraagd een vragenlijst in te vullen. Van de 1.796 deelnemers heeft 63% (n= 1.127) de vragenlijst volledig ingevuld. Dit geeft inzicht in basiskarakteristieken van de deelnemers en hun kennis over preconceptiezorg. De gemiddelde leeftijd van de deelnemers is 31 jaar; de jongste is 13 jaar

en de oudste 76 jaar. Het merendeel van de deelnemers heeft een Turkse of Marokkaanse achtergrond (51%), 19% is van Nederlandse afkomst.
Van alle van allochtone afkomstige deelnemers is 54% eerste generatie en 28% tweede generatie. 37% van de alle deelnemers komt uit een achterstandswijk, 62% woont in een niet-achterstandswijk. 54% is laagopgeleid en 41% beheerst de Nederlandse taal onvoldoende (Van Voorst et al., *submitted*). Van de deelnemers heeft 9% een actieve kinderwens: 30% van hen is bekend met het gebruik van foliumzuur en 27% kende de website ZwangerWijzer. Van de groep vrouwen met een actieve kinderwens is 25% na het bijwonen van een voorlichtingsbijeenkomst voornemens om naar een preconceptieconsult te gaan.

Deze bevindingen lijken aan te sluiten bij eerdere bevindingen over de grote rol van de familie bij de intentie om gebruik te maken van preconceptiezorg. Binnen niet-westerse culturen is de invloed van de familie groot; de familie zorgt voor de kennisoverdracht aan vrouwen met een kinderwens en voor de toeleiding naar zorgverlener (Temel et al., 2013). Gemeenten hebben er ook voor gekozen om de wervingsstrategie niet te beperken tot vrouwen in de vruchtbare leeftijd, maar ook jonge vrouwen (tieners) en het sociale netwerk van aanstaande moeders te betrekken. Deze bredere leeftijdsgroep heeft inderdaad deelgenomen aan de bijeenkomsten.

5.5. Borging en overdracht

In zes gemeenten is preconceptievoorlichting ingebed in bestaande collectieve voorlichtingsactiviteiten over bijvoorbeeld gezonde leefstijl of zwangerschap. In één gemeente wordt via het ‘train de trainer’ principe gewerkt.

5.6. Aanbevelingen

Gebruik verschillende kanalen en locaties in de wijk voor voorlichting over gezond zwanger worden en gezonde zwangerschap

Geschoolde (gezondheids)voorlichters uit de doelgroepen die bekend zijn met de wijk, hebben meer toegang tot om ‘moeilijk bereikbare’ doelgroepen. Uit onderzoek blijkt dat zij hun kennis op laagdrempelige wijze overdragen en samenwerking zoeken met zelforganisaties, wijkcentra, buurthuizen, kerken en moskeeën, koffiekamers van basisscholen, kinder- en buitenschoolse opvang, voorzieningen/opvang voor tienermoeders. Wij pleiten er voor dat gemeenten via verschillende kanalen en op verschillende locaties voorlichting aanbieden over gezonde zwangerschap. Een daarvan is inbedding in bestaande voorlichtingsactiviteiten in de gemeente, bijvoorbeeld door de JGZ. In een aantal gemeenten verzorgt de JGZ nu al de prenatale voorlichting. Wijkteams kunnen hierin een verbindende rol vervullen.

Leidt voorlichters preconceptiezorg op

Het is aan te bevelen om de module 'Voorlichting Preconceptiezorg' op te nemen in MBO-zorg en welzijnsopleidingen. Naast kennis over preconceptiezorg wordt in deze module tevens uitgebreid stilgestaan bij het bereiken van en het geven van voorlichten aan verschillende doelgroepen, waaronder laaggeletterden en mensen met lage gezondheidsvaardigheden. Het projectteam is over de mogelijkheden reeds geconsulteerd door het College van Perinatale Zorg en de MBO Raad.

Zet een landelijk platform op voor voorlichters preconceptiezorg

Binnen HP4All is een aanzet gemaakt voor het organiseren van een landelijk platform voor voorlichters preconceptiezorg. Hier kunnen voorlichters ervaringen delen, voorlichtingsmaterialen ontwikkelen en *best practices* uitwisselen. Vanwege inbedding in de gemeentelijke preventieve taken is het aan te raden om dit platform aan te laten sluiten dan wel in te bedden bij bestaande structuren binnen de GGD.

6. Vernieuwde risicoselectie tijdens de zwangerschap

Bij ongunstige zwangerschapsuitkomsten spelen ook niet-medische risico's zoals lage opleiding, laag inkomen, wonen in een achterstandswijk of sociaal isolement een belangrijke rol. Opvallend hierin is het fenomeen risicocumulatie: veel kleine risico's samen vormen een groot risico. Het wordt steeds duidelijker dat risicocumulatie mede ten grondslag ligt aan de ongunstigere zwangerschapsuitkomsten in achterstandsituaties (Goedhart et al., 2008; Timmermans et al., 2011).

6.1. Doelstelling

De Rotterdam Reproductive Risk Reduction Scorecard (R4U scorekaart) is ontwikkeld binnen het Rotterdamse programma *Klaar voor een Kind* om zowel medische als niet-medische risicofactoren vroegtijdig te signaleren. De R4U scorekaart screent op sociale, psychische, zorg- en leefstijlgerelateerde, medische en obstetrische risicofactoren (bijlage 4), waarna gerichte zorgtoeleiding via zorgpaden mogelijk is. Vrouwen met een hoge risicoscore (cumulatie van risico's) worden besproken tijdens een multidisciplinaire casuïstiekbespreking (Vos et al., 2015a).

In het programma *Klaar voor een Kind* is onderzocht of de R4U scorekaart toepasbaar en valide is, evenals de voorspellende waarde van het instrument (Van Veen et al., 2015; Vos et al., 2015b; Posthumus et al., 2015). In HP4All is onderzocht of het haalbaar is om de R4U scorekaart met bijhorende zorgpaden te implementeren in de verloskundige keten in Nederland. Een tweede vraag is of, en hoe, de ongunstige zwangerschapsuitkomsten (perinatale sterfte, vroeggeboorte en te laag geboortegewicht passend bij de zwangerschapsduur) verbeteren door de systematische risicosignalering.

6.2. Zorgexperiment risicoselectie

De interventie in dit experiment bestaat uit een vernieuwde risicosignalering met drie elementen: R4U, zorgpaden en multidisciplinair overleg.

- Het screeningsinstrument R4U: tijdens de eerste zwangerschapscontrole neemt een verloskundige of gynaecoloog de R4U scorekaart af. Deze is bedoeld om systematisch navraag te doen naar medische en niet-medische risicofactoren die geassocieerd zijn met ongunstige zwangerschapsuitkomsten. De R4U bestaat uit zes domeinen, te weten sociaal, etniciteit, leefstijl, zorg, algemeen medisch en obstetrisch, met in totaal 70 items (risicofactoren). Vanwege de verschillen in de bijdrage aan ongunstige zwangerschapsuitkomsten is aan ieder item een weegfactor toegekend (1/2/3, of 0 voor factoren die alleen van invloed zijn op het zorgproces). Door gebruik van weegfactoren is een totaalscore te berekenen, zowel per domein als voor de gehele lijst. Bij een

stapeling van risicofactoren met een beperkt gewicht kan de totale score toch hoog uitvallen en is multidisciplinair overleg nodig (van Veen et al., 2015; Vos et al., 2015).

- Zorgpaden voor gerichte toeleiding: door risico's systematisch in kaart te brengen is gerichte zorgtoeleiding mogelijk, bijvoorbeeld naar aanvullende diagnostiek, monitoring, interventies en/of begeleiding. Voor ieder gesignaleerd risico in de R4U, of cluster van risico's, wordt een zorgpad ontwikkeld voor zorg-op-maat. Ze worden lokaal uitgewerkt en sluiten aan bij netwerken binnen de wijk waar de vrouw woont.
  Zorgpaden zijn gevisualiseerd in stroomdiagrammen met informatie over instanties en daar waar mogelijk de contactpersonen die ingeschakeld kunnen worden (bijlage 5).
- Multidisciplinair overleg: wanneer bij het afnemen van de R4U scorekaart bij een zwangere vrouw een vooraf vastgestelde drempelwaarde wordt overschreden, volgt een multidisciplinair overleg. Dit overleg is breed samengesteld, met zorgverleners uit het perinatale veld en zorgverleners uit bijvoorbeeld maatschappelijk werk, wijkteams, stichting MEE en anderen. Hier maken zorgverleners afspraken over de risicofactor(en) en zorgpad(en) die voor deze specifieke vrouw prioriteit moeten krijgen. Waar mogelijk wordt aangesloten bij een bestaande casuïstiekbespreking (Vos et al., 2015a).

Randvoorwaarde voor de implementatie

In iedere gemeente zijn verloskundigenpraktijken en gynaecologen waarbij de geselecteerde wijk tot het verzorgingsgebied behoort (zie3.1), benaderd via startbijeenkomsten, de kring van verloskundigen en/of verloskundig samenwerkingsverbanden. Op praktijkniveau zijn de zorgverleners geschoold in de logistiek en het webbased registratiesysteem voor het onderzoek. De praktijken zijn voorzien van informatie- en studiematerialen.

Tekstvak 6.1: deelnemende zorgverleners

Er zijn in totaal 16 ziekenhuizen en 39 verloskundigenpraktijken benaderd voor deelname aan het experiment. Van hen hebben er 52 deelname toegezegd; tien zijn er vroegtijdig gestopt.
In principe kwamen alle vrouwen voor deelname in aanmerking, ook vrouwen buiten de geselecteerde wijken (zie 6.4). Verloskundigen en gynaecologen bepaalden op praktische gronden of ze alle vrouwen benaderden, of alleen vrouwen uit de desbetreffende wijken.

Zorgpadbijeenkomsten

Gebruikmakend van blauwdrukken voor zorgpaden (zie bijlage 5 voor een voorbeeld) zijn zogenoemde ‘zorgpadbijeenkomsten’ gehouden met direct betrokken instanties en organisaties. Na een inventarisatie van beschikbare zorgpaden en prioritering van nieuwe zorgpaden zijn vooral niet-medische zorgpaden ontwikkeld. Over het algemeen waren deze er nog niet.
De gemeentelijke projectleider en de arts-onderzoeker van het Erasmus MC hebben het voorbereidende werk voor deze bijeenkomsten gedaan. In één gemeente hebben werkgroepen dit op zich genomen (Vos et al., 2015a). De werkgroepen waren breed samengesteld: eerstelijns en soms klinisch verloskundigen, gynaecologen, medisch maatschappelijk, research verpleegkundigen, maatschappelijk werk en soms kraamzorg en/of jeugdgezondheidszorg. Door de vroegtijdige betrokkenheid van ketenpartners is een eerste stap gezet naar implementatie en borging van deze samenwerking tussen die organisaties en de geboortezorg.
In de meeste gemeenten zijn zes tot acht zorgpadbijeenkomsten geweest, met een grote betrokkenheid van alle deelnemers.

Opzetten van multidisciplinair overleg

Bij de start van het project bestond er in zes van de deelnemende gemeenten al een vorm van multidisciplinair overleg. In twee gemeenten is dit overleg geïmplementeerd in samenwerking met het projectteam.

6.3. Onderzoeksopzet

Binnen dit zorgexperiment is onderzoek gedaan naar de haalbaarheid van de introductie van de R4U scorekaart met bijhorende zorgpaden in de verloskundige keten in Nederland. Ook is de invloed van de ingevoerde systematische risicosignalering op ongunstige zwangerschapsuitkomsten onderzocht.
Voor het onderzoek is gekozen voor een cluster randomized controlled trial, met tien clusters. De helft van de gemeenten is via loting toegewezen aan de interventiegroep en de andere helft aan de controlegroep. In de interventiegemeenten zijn vanaf de start van het project de R4U scorekaart, zorgpaden en het multidisciplinair overleg geïmplementeerd. In de controlegemeenten hebben zorgverleners reguliere zorg geboden.
De gemeenten Amsterdam, Enschede, Tilburg en Nijmegen en het cluster Groningen (Pekela, Menterwolde, Appingedam en Delfzijl en de stad Groningen) hebben geloot als interventiegroep; gemeenten Den Haag, Schiedam, Heerlen, Utrecht en Almere als controlegroep.

Tekstvak 6.2: onderzoeksvragen:

1. Is het haalbaar om a) de R4U scorekaart en b) de bijbehorende zorgpaden te implementeren in de deelnemende verloskundigenpraktijken en ziekenhuizen?
2. In welke mate verandert de perinatale ziekte door systematische risicosignalering met de a) de R4U scorekaart en b) de bijhorende zorgpaden?

Voor beantwoording van de vraag naar de effectiviteit zijn 3.500 vrouwen in de interventiegroep en 3.500 vrouwen in de controlegroep nodig.

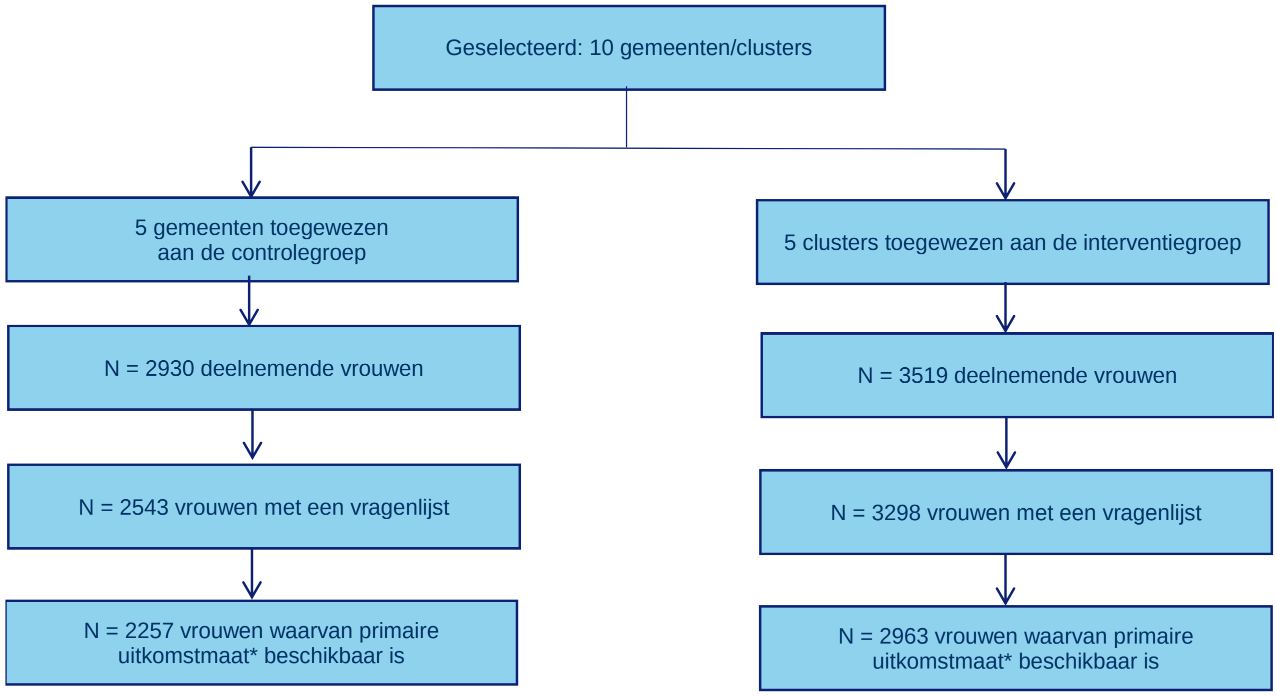
Controlegemeenten zijn na het behalen van het aantal controle-inclusies, of gedurende de looptijd, overgestapt op (een deel van) de interventie. De zorgpadbijeenkomsten (zie hierboven) en de inclusie van vrouwen voor de controlegroep hebben elkaar grotendeels overlapt.

6.4. Participatie door zwangere vrouwen

De inclusie van zwangere vrouwen is gestart in augustus 2012 en liep door tot en met december 2014. Bij de eerste controle is aan de vrouwen gevraagd om deel te nemen aan het onderzoek: in sommige praktijken en ziekenhuizen is deze vraag aan alle vrouwen gesteld, en bij anderen is deze vraag alleen gesteld aan vrouwen uit de geselecteerde wijken (zie 3.1). De belangrijkste redenen voor niet-deelname aan het onderzoek zijn weigering door de vrouw, woonachtig buiten de geselecteerde gebieden en tijdgebrek om vrouwen de informeren over de studie (Vos, 2015).[3]

---

[3] In een eerder onderzoek met de R4U scorekaart in Rotterdam nam 51.9% van de vrouwen deel aan het onderzoek (Posthumus et al., 2015).



* primaire uitkomstmaat: vroeggeboorte te laag geboortegewicht en de BIG2 (een gecombineerde uitkomstmaat van vroeggeboorte en een laag geboortegewicht voor de duur van de zwangerschap)

Figuur 6.1 Flowchart deelname aan onderzoek R4U

In de interventiegemeenten hebben 2.930 vrouwen deelgenomen aan het onderzoek, uit de controlegemeenten 3.519 vrouwen. Van 2.543 vrouwen in de interventiegemeenten en 3.298 vrouwen uit de controlegemeenten zijn basiskarakteristieken bekend. Op basis van de postcode heeft 64% van de vrouwen in de interventiegemeenten en 44% in de controlegemeenten een lage SES. Van 12% uit de interventie- en 10% uit de controlegemeenten is de SES onbekend. In de interventiegemeenten heeft 10% van de deelnemers een niet-westerse etniciteit, in de controlegemeenten 21%. Van de vrouwen uit de interventiegemeenten heeft 9% een laag, 29% een midden en 28% een hoog opleidingsniveau; in de controlegemeenten gaat het om respectievelijk 8% (laag), 20% (midden) en 30% (hoog). Van de overige vrouwen is dit onbekend. De BMI voor de zwangerschap is bij 27% van de vrouwen uit de interventiegemeenten en 48% uit de controlegemeenten hoger dan 25. Roken komt voor onder 12% van de vrouwen uit de interventiegemeenten (35% ontbrekende gegevens) en 11% uit de controlegemeenten (23% ontbrekende gegevens).

Tekstvak 6.3: vrouwen met een eerder kind

Bij een tussenanalyse zijn de gegevens onderzocht van vrouwen met één of meer kinderen die hebben deelgenomen aan het onderzoek (n=3.214).
De helft van deze vrouwen heeft een of meerdere kinderen; een kwart van hen (24,7%) heeft eerder een kind gehad met een Big4-aandoeningen (vroeggeboorte, een te laag geboortegewicht voor de duur van de zwangerschap, aangeboren afwijkingen of een slechte start bij de geboorte). In deze groep komen lange werkuren, laag gezinsinkomen en een laag opleidingsniveau vaker voor. Naarmate er meer risicofactoren zijn, neemt de kans op ongunstige zwangerschapsuitkomsten toe tot een drievoudig verhoogd risico bij de aanwezigheid van drie niet-medische risicofactoren (Vos, 2015).

6.5. Haalbaarheid van de invoering van de R4U scorekaart

Tekstvak 6.4: onderzoeksvragen

Is het haalbaar om a) de R4U scorekaart en b) de bijbehorende zorgpaden te implementeren in de deelnemende verloskundigenpraktijken en ziekenhuizen?

Voor de inventarisatie van de gangbare screening op medische en niet-medische risicofactoren is een nulmeting gebruikt. Onder zorgverleners die hebben deelgenomen aan het zorgexperiment is een 'end of survey'-vragenlijst uitgezet met vragen over het gebruik van en de tevredenheid met de ontwikkelde instrumenten.

Nulmeting naar gangbare manier van risicoscreening

Via een nulmeting is de gangbare manier van risicoscreening in kaart gebracht (mei-augustus 2013). Verloskundigen uit 139 eerstelijns verloskundigenpraktijken en gynaecologen, klinisch verloskundigen en arts-assistenten uit 38 ziekenhuizen zijn benaderd. In totaal hebben 118 verloskundigen (21% van de aangeschreven verloskundigen) uit 74 praktijken en 68 gynaecologen (19%), 49 klinisch verloskundigen en 37 arts-assistenten uit 33 ziekenhuizen de vragenlijst ingevuld.
Waar iedere zorgverlener medische risicofactoren uitvraagt, varieert de screening op niet-medische risicofactoren. Eerstelijns verloskundigen screenen significant vaker op huiselijk

geweld, werkstress en intake van voldoende groente en fruit dan zorgverleners in ziekenhuizen. Zorgverleners in de tweede lijn melden dat ze wekelijks (40%) of dagelijks (16%) vrouwen zien met psychosociale problematiek. In de eerste lijn ligt dit percentage lager (23% en 8%). Privacy van de vrouw en tijdgebrek worden als belangrijkste reden genoemd om niet in te gaan op niet-medische risicofactoren.
Bij gebrek aan landelijke richtlijnen voor de aanpak van niet-medische risicofactoren vinden zorgverleners eigen oplossingen zoals consulteren van andere zorgverleners of via lokale protocollen. Van de respondenten maakt 22% gebruik van vooraf opgestelde criteria voor een multidisciplinair overleg. Zorgverleners die vaker worden geconfronteerd met psychosociale problematiek geven vaker aan te overleggen met maatschappelijke dienstverlening. Zowel de zorgverleners in de eerste als in de tweede lijn beschouwen de eerstelijns verloskundige als de meest wenselijke case manager bij psychosociale problematiek. Zorgverleners rapporteren behoefte te hebben aan een multidisciplinaire richtlijn voor screening op niet-medische risicofactoren (Vos et al., 2015c).

Implementatie R4U scorekaart

In vijf grote en vier kleine gemeenten is de R4U scorekaart met bijbehorende zorgpaden vanaf de start van het project geïmplementeerd. Voor de (vijf) controlegemeenten is de mogelijkheid gecreëerd om na het behalen van het aantal controle-inclusies dan wel gedurende de looptijd over te stappen op de interventie. In twee controlegemeenten hebben zorgverleners al tijdens de projectperiode de R4U scorekaart ingevoerd, in twee andere wordt de R4U scorekaart opgenomen in de geplande integrale intake. In vier van de vijf controlegemeenten zijn zorgpaden ontwikkeld.

Gebruik van en tevredenheid met de instrumenten

In juli 2014 is bij de deelnemende praktijken en ziekenhuizen in zowel de interventie- als de controlegroep met een vragenlijst geïnventariseerd of en hoe vaak ze de instrumenten gebruiken. Uit deze zelfrapportage blijkt dat 71% van de deelnemende praktijk/ziekenhuizen op dat moment gebruik maakt van de R4U scorekaart. Drukte en tijdnood, door dubbele registratie door deelname aan het onderzoek, zijn de belangrijkste knelpunten bij het afnemen van de R4U scorekaart. Zorgverleners is gevraagd hoe vaak vrouwen weigeren een vraag uit de R4U scorekaart te beantwoorden: dit is af en toe (18%) of vrijwel nooit (72%) het geval. Van de respondenten meldt 63% de zorgpaden dagelijks of wekelijks te gebruiken en het merendeel blijft ze in de toekomst zeker (68%) of misschien (18%) gebruiken. Het gebruik van multidisciplinair overleg is minder frequent (50%).

Tekstvak 6.5: gebruik van R4U, zorgpaden en multidisciplinair overleg

Bij 1.527 vrouwen uit de interventiegroep is de R4U scorekaart afgenomen. Bij 105 van hen is vervolgens een zorgpad ingezet (6,9%), bij 33 vrouwen een multidisciplinair overleg (2,2%) en bij 77 vrouwen zowel een zorgpad als een multidisciplinair overleg (5,0%).

Uit de zelfrapportage over het gebruik van de aangeboden instrumenten zegt de meerderheid van de zorgverleners de eerste controle verlengd te hebben om de R4U scorekaart te kunnen afnemen. Omdat de R4U scorekaart nog niet was ingebouwd in bestaande registratiesystemen, leidde dit tot een dubbele registratie. Dit heeft de tevredenheid met de R4U scorekaart negatief beïnvloed. Voor borging van de R4U scorekaart is inbouw in de registratiesystemen een vereiste.
Uit diezelfde rapportage blijkt dat de zorgverleners het meest tevreden zijn met de zorgpaden. Met dit instrument is de sociaal-maatschappelijke dienstverlening toegankelijker geworden dan voorheen. Door de opbouw en de vorm van de zorgpaden is het eenvoudiger geworden de juiste mensen te bereiken. Het multidisciplinair overleg wordt ervaren als een gremium om gezamenlijk zorg te bieden en heeft volgens de respondenten bijgedragen aan verbetering van de samenwerking (Vos, 2015).

6.6. Effectiviteit van de vernieuwde risicoscreening

In de interventiegemeenten is 52% van de vrouwen tijdens de zwangerschap naar een andere zorgverleners verwezen, in de controlegemeenten 42%. In de interventiegroep is 5,6% van de vrouwen verwezen naar een van de volgende instanties: Veilig Thuis (voorheen Advies Meldpunt Kindermishandeling), (medisch-)maatschappelijk werk, Centrum voor Jeugd en Gezin, de Geestelijke Gezondheidszorg, een Jongeren Informatiepunt, financiële hulp of maatschappelijke en juridische dienstverlening, SIRIZ / FIOM, verslavingszorg, Leger des Heils, Humanitas en/of beschermd wonen of *anders* (19,9% missing). In de controlegroep is 3,2% verwezen (30,3% missing).

Tekstvak 6.6: onderzoeksvraag effectiviteit van de R4U

In welke mate verandert door systematische risicosignalering met de a) de R4U scorekaart en b) de bijhorende zorgpaden de perinatale ziekte, te weten vroeggeboorte (geboorte < 37 weken) en/of te laag geboortegewicht voor de zwangerschapsduur (geboortegewicht <10e percentiel)?

Om de vraag naar de effectiviteit van het gebruik van de R4U, met zorgpaden en multidisciplinair overleg, te kunnen beantwoorden zijn 7.000 vrouwen nodig (700 per cluster): 3.500 vrouwen in de interventiegroep en 3.500 vrouwen in de controlegroep. Dit aantal is echter niet gehaald. In de interventiegroep hebben 2.543 vrouwen meegedaan aan de studie, in de controlegroep 3.298 vrouwen (zie 6.4).
Er was geen effect aantoonbaar van de interventie op de perinatale ziekte (OR 1.09 (95%CI 0.82–1.46)). Mogelijk is dit deels te verklaren door het niet halen van het benodigd aantal inclusies, waardoor het effect van de interventie niet aantoonbaar is. Een tweede verklaring kan zijn dat er ook in de controlegroep een verandering heeft plaatsgevonden. Door de aandacht voor de rol van niet-medische risicofactoren kan de bewustwording, en daarmee de alertheid en het handelen, van de zorgverlener zijn beïnvloed. Een derde verklaring kan zijn dat de interventie niet of niet volledig is uitgevoerd en deelnemers slechts een deel van de interventie hebben ontvangen zoals het niet afnemen van de R4U of het niet inzetten van een zorgpad waar dat wel nodig was (*lower completeness*, Bopp et al., 2013),

6.7. Borging en overdracht

Plaats van de R4U scorekaart

Tijdens de projectperiode is draagvlak ontstaan voor de screening op niet-medische risicofactoren door gebruik van de R4U en de bijbehorende zorgpaden, zowel binnen als buiten de deelnemende gemeenten. Een aantal praktijken/ziekenhuizen heeft niet-medische risicofactoren geïntegreerd in hun reguliere intake. Voor borging van (het gebruik van) de R4U scorekaart is inbouw in de automatiseringssystemen van zorgverleners nodig. Dit is aan het einde van de projectperiode gebeurd in de (drie) systemen voor de eerstelijns verloskunde.

Tekstvak 6.7: meer bekendheid aan de R4U scorekaart en zorgpaden

Ook zorgverleners elders in het land zijn geïnformeerd over de R4U scorekaart en de zorgpaden, bijvoorbeeld via presentaties, via korte columns en nieuwsberichten op de website van de beroepsgroepen of het College Perinatale Zorg (CPZ), bij de introductie van de R4U scorekaart binnen Onatal (een van de automatiseringssystemen voor verloskundigenpraktijken) of via artikelen in vaktijdschriften.
Op de website van HP4All is een factsheet over zorgpadontwikkeling beschikbaar.

Onderhoud van de zorgpaden

HP4All heeft het onderhoud en beheer van de zorgpaden overgedragen aan de deelnemende gemeenten. In sommige gemeenten biedt de gemeente, of GGD, vooralsnog ondersteuning, in andere gemeenten zijn de zorgpaden belegd bij het verloskundig samenwerkingsverband, de Regionale Ondersteuningsstructuur voor de eerste lijn of het medisch maatschappelijk werk.
Door de introductie van de wijkteams moeten de bestaande zorgpaden aangepast worden aan de nieuwe situatie: een aantal organisaties is sinds 1 januari 2015 opgenomen in deze wijkteams.

6.8. Succesfactoren en knelpunten

Invoering van instrumenten

Het is mogelijk gebleken de R4U scorekaart met de bijbehorende zorgpaden te implementeren in de reguliere verloskundige zorgverlening. In de controlegemeenten die later zijn gestart met de interventie, is dit ook al (gedeeltelijk) gelukt. In drie gemeenten zijn zowel de R4U scorekaart als de zorgpaden en het multidisciplinair overleg ingevoerd. In andere gemeenten worden een of twee van de beschikbare instrumenten gebruikt.
Bij de start van de studie bestond er weinig samenwerking tussen de curatieve geboortezorg en de sociaal-maatschappelijke of preventieve zorg. Door de invoering van de R4U scorekaart en de ontwikkeling van de zorgpaden hebben deze sectoren elkaar leren kennen en elkaars mogelijke rol bij de verbetering van de medische en niet-medische risicofactoren leren erkennen. Gebrek aan onderling vertrouwen tussen zorgverleners, onderlinge concurrentie of reorganisaties hebben soms belemmerend gewerkt op de invoering van de instrumenten en het samen verantwoordelijkheid nemen voor de geleverde zorg (Vos et al., *submitted*).

Knelpunten bij het onderzoek

Het experiment was opgezet om de zwangerschapsuitkomsten bij vrouwen in achterstandswijken te verbeteren door gebruik te maken van de R4U scorekaart. Ten tijde van het onderzoek moesten vrouwen echter toestemming geven voor het afnemen van dit instrument. Volgens zorgverleners is het vragen van toestemming een belangrijke barrière voor het gebruik van de R4U scorekaart. Dit is in lijn met ander onderzoek naar selectiebias in achterstandswijken, waar mensen aanmerkelijk minder vaak deelnemen aan onderzoek (Goodman et al., 2008).

Gemeenten hebben deelname aan het onderzoek toegezegd vanwege het eerder genoemde gevoel van urgentie om de zwangerschapsuitkomsten in hun gemeente te verbeteren. Loting als controlegemeente heeft tot tegenstrijdigheden geleid: het project heeft

gemeenten bewust gemaakt van de minder gunstige perinatale gezondheid en de noodzaak tot het verbeteren van de zorg. Om de interventie wetenschappelijk te onderbouwen is echter een controlegroep met reguliere zorg nodig. Om deze reden is de mogelijkheid geboden om na het behalen van het aantal controle-inclusies, of gedurende de looptijd, over te stappen op de interventie (Vos et al., *submitted*).

De logistiek van het onderzoek stelde hoge eisen aan de deelnemende praktijken/ziekenhuizen. Door ondersteuning vanuit het projectteam aan praktijken en ziekenhuizen is het aantal inclusies toegenomen.

6.9. Aanbevelingen

Ontwikkel richtlijnen voor screening en aanpak van niet-medische risicofactoren

Uit de nulmeting onder verloskundigen en gynaecologen blijkt dat zorgverleners lokale oplossingen vinden voor de aanpak van niet-medische risicofactoren. Zij rapporteren behoefte te hebben aan een multidisciplinaire richtlijn voor screening op niet-medische risicofactoren. Wij adviseren om in zorgstandaard integrale geboortezorg van het College Perinatale Zorg zowel richtlijnen voor screening op niet-medische risicofactoren als handvatten voor de ontwikkeling van zorgpaden op te nemen.

Benut elkaars expertise en maak afspraken over gezamenlijke verantwoordelijkheid

Tijdens het zorgexperiment hebben zorgverleners uit verschillende sectoren kennis gemaakt met de R4U scorekaart, de bijbehorende zorgpaden en overleg met zorgverleners buiten de eigen sector. Daarvoor is zoveel mogelijk gebruik gemaakt van bestaande zorg, afspraken en initiatieven. De zorgpaden hebben ieders taken en verantwoordelijkheden verduidelijkt en concreter gemaakt, inclusief details als bereikbaarheid en specifieke expertise.
Wij adviseren om in iedere regio via nieuwe of bestaande netwerken (verloskundig samenwerkingsverbanden, gemeentelijke overleggen) op een vergelijkbare manier met elkaar samenwerkingsafspraken te maken.

Laat bestaande automatiseringssystemen ondersteunen bij onderzoek

Bij deelname aan het onderzoek moeten zorgverleners meestal een dubbele registratie voeren. Ook bij gebruik van de R4U scorekaart is dit een knelpunt geweest. Tegelijkertijd worden zorgverleners steeds vaker gevraagd deel te nemen aan onderzoek. Dit kan vereenvoudigd worden als de automatiseringssystemen van zorgverleners hierin faciliteren, bijvoorbeeld door modules in te bouwen voor vragenlijsten en toestemmingsformulieren. Nu wordt dit per onderzoek(sgroep) geregeld.

Het is aan te bevelen dat zorgverleners, onderzoekers, subsidieverstrekkers, automatiseerders en organisaties zoals Perined een plan van aanpak opstellen om de huidige registratie ondersteunend te laten werken aan deelname aan onderzoek.

Investeer in de implementatie van zorgpaden

Gedurende de projectperiode is in iedere gemeente het werken met de R4U scorekaart en de zorgpaden ondersteund. Voor een bredere implementatie is training van zorgverleners nodig, bij voorkeur met zorgverleners uit verschillende sectoren. De uitwerking van zorgpaden, evenals multidisciplinair overleg met anderen, vraagt om een coördinator én tijd en inzet van mensen uit verschillende sectoren.
De (huidige) verschillende financieringsstromen bemoeilijken een dergelijke brede en integrale aanpak. Daar waar verzekeraars of gemeenten dit wel oppakken gaat het om tijdelijke stimuleringsmaatregelen. De noodzaak van duurzame bekostigingsvormen verdient aandacht (zie ook Drewes et al., 2015).

7. Beschouwing en aanbevelingen

In 14 gemeenten, verspreid over het land, heeft het programma HP4All samen met zorgverleners, gemeenten, publieke gezondheidszorg en maatschappelijke organisaties twee zorgexperimenten ingezet en onderzocht: programmatische preconceptiezorg en de vernieuwde risicoselectie tijdens de zwangerschap.
Met dit programma is aangesloten bij ontwikkelingen in zowel de geboortezorg als het preventiebeleid. Het huidige preventiebeleid richt zich op het terugdringen van gezondheidsverschillen tussen lager en hoger opgeleiden in Nederland. Deze sociaaleconomische gezondheidsverschillen worden beïnvloed door opleiding, inkomen, woon- en werkomstandigheden, leefstijl en andere niet-medische en aan armoede gerelateerde factoren. De Stuurgroep *Zwangerschap en geboorte* heeft in 2009 aanbevelingen gedaan om de perinatale gezondheid te bevorderen. Verbetering van onderlinge samenwerking, gezond oud worden begint al in de baarmoeder en aandacht en de zorg voor vrouwen in achterstandssituaties waren drie van de zeven speerpunten (Stuurgroep, 2009).

De eerdere hoofdstukken hebben we steeds afgesloten met succesfactoren, knelpunten en een aantal aanbevelingen.

Tekstvak 7.1: aanbevelingen uit eerdere hoofdstukken

Hoofdstuk 2: perinatale gezondheidsverschillen:

- Benut gegevens die elders worden vastgelegd;
- Maak per gemeente de gezondheidsverschillen bij de geboorte inzichtelijk;
- Voeg gezondheidsdeterminanten toe aan de perinatale registratie.

Hoofdstuk 3: samenwerking op lokaal niveau:

- Zet concrete thema's in;
- Investeer in nieuwe relaties en netwerken;
- Gebruik beschikbare data om de perinatale gezondheid te agenderen en te monitoren.

Hoofdstuk 4: het zorgexperiment preconceptiezorg:
- Bevorder preconceptionele gezondheid door samenwerking in de wijk;
- Integreer preconceptionele gezondheid in Gezond in …;
- Betrek alle zorgverleners bij de bevordering van een gezonde zwangerschap;
- Zet mHealth en sociale media in;
- Creëer een mogelijkheid om preconceptiezorg actief aan te bieden.

Hoofdstuk 5: voorlichters preconceptiezorg:
- Gebruik verschillende kanalen en locaties in de wijk voor voorlichting over gezond zwanger worden en gezonde zwangerschap;
- Leidt voorlichters preconceptiezorg op;
- Zet een landelijk platform op voor voorlichters preconceptiezorg.

Hoofdstuk 6: vernieuwde risicoselectie tijdens de zwangerschap:
- Ontwikkel richtlijnen voor screening en aanpak van niet-medische risicofactoren;
- Benut elkaars expertise en maak afspraken voor gezamenlijke verantwoordelijkheid;
- Laat bestaande automatiseringssystemen ondersteunen bij onderzoek;
- Investeer in de implementatie van zorgpaden.

In dit hoofdstuk gaan we in op enkele algemene bevindingen en aanbevelingen.

7.1. Wijkgerichte aanpak voor een breed gedragen aanpak

Bij de start van HP4All stonden perinatale gezondheid en gezondheidsverschillen in slechts enkele gemeenten op de bestuurlijke agenda. Binnen HP4All hebben zorgverleners en (maatschappelijke instanties uit) gemeenten elkaar leren kennen: gemeenten zijn betrokken geraakt bij ontwikkelingen in het perinatale veld en zorgverleners bij gemeentelijk beleid. Dit heeft sectoroverschrijdende samenwerking gestimuleerd. De basis voor deze samenwerking ligt in de breed gedeelde probleemstelling over gezondheidsverschillen en de noodzaak die aan te pakken. De zorgexperimenten hebben hiervoor handvatten geboden.

Brede samenwerking

Zorgverleners in de geboortezorg, jeugdgezondheidszorg of wijkteams kunnen de binnen HP4All gevolgde aanpak integreren in hun bestaande werkwijze, bijvoorbeeld door multidisciplinair overleg te organiseren en met elkaar zorg op maat te bieden die past bij het (risico)profiel en de leefomstandigheden van de cliënt. Wij adviseren om hiervoor gebruik maken van de ontwikkelde instrumenten. Deze aanpak sluit aan bij de oproep van het Ministerie van VWS aan zorgverzekeraars, zorgverleners en gemeenten om afspraken te maken over preventieve activiteiten op wijk-/buurtniveau, zowel in de zogenaamde proeftuinen als daarbuiten (VWS, 2015).

College Perinatale Zorg

Het CPZ en de beroepsgroepen ontwikkelen een zorgstandaard integrale geboortezorg. Wij adviseren de zorg voor kwetsbare zwangeren en de aanpak van niet-medische risicofactoren hierin op te nemen, inclusief de samenwerking met gemeenten, GGD-en, jeugdgezondheidszorg en andere maatschappelijk organisatie.

Gemeenten

Gezond in … biedt mogelijkheden om een goede start van de zwangerschap en bij de geboorte te integreren in het gemeentelijk beleid. Wij pleiten er voor dat gemeenten deze mogelijkheden benutten. *Best practices* uit diverse projecten, factsheets uit HP4All, en adviseurs van Gezond in … bieden daarbij ondersteuning.

Uitbreiding naar kraamzorg en JGZ

In HP4All zijn zorgpaden ontwikkeld voor de juiste zorgtoeleiding en zorg op maat binnen én buiten het medische domein. In het vervolgproject HP4All-2 worden deze zorgpaden aangepast voor gebruik in de kraamzorg en de jeugdgezondheidszorg. Bij voorkeur worden deze ook tijdens preconceptiezorg ingezet, zodat vrouwen zo gezond mogelijk zwanger kunnen worden.

7.2. Vroege aanpak van gezondheid.

De preconceptionele periode en de eerste drie maanden na de conceptie zijn bepalend voor de gezondheid kort na de geboorte én op latere leeftijd. In deze periode is preventie mogelijk. Voor de opsporing en aanpak van risicofactoren nog vóór de conceptie zijn adviezen op maat krijgen onontbeerlijk. Desondanks is individuele preconceptiezorg nog geen algemeen aanvaarde en aangeboden zorg.

Tijdens de projectperiode zijn voorlichtingsactiviteiten opgezet en nieuwe kanalen benut om de bewustwording onder aanstaande ouders over de preconceptionele gezondheid te vergroten. Binnen HP4All is een grote groep vrouwen bereikt met informatie over het belang van een gezonde preconceptionele gezondheid (hoofdstuk 5). Waar relatief veel hoogopgeleiden vrouwen voor preconceptieconsulten zijn gekomen (zie 4.4), zijn de voorlichtingsbijeenkomsten relatief vaak bezocht door laagopgeleide vrouwen (zie 5.4).

College Perinatale Zorg

Naast de ontwikkeling van de Preconceptionele Indicatie Lijst stelt het CPZ een plan op voor de ontwikkeling van een multidisciplinair gedragen preventiebeleid in de geboortezorg (College Perinatale Zorg, 2015). Door de samenwerking tussen verloskundig samenwerkingsverbanden en de publieke gezondheid te verstevigen biedt dit plan de mogelijkheid om kennis over preconceptiezorg te verspreiden via bestaande netwerken in wijken en steden. Voorbeelden daarvan zijn themagroepen bij de jeugdgezondheidszorg, geloofsgemeenschappen, buurthuizen, scholen, jongerenwerkers of activiteiten van voorlichters gezondheid. Dit sluit aan bij het landelijk beleid om preventieve activiteiten te verankeren in de zorg (VWS, 2015).

Wij pleiten er voor om in dit plan expliciet in te gaan op samenwerking tussen curatieve zorg en preventieve zorg door gemeenten, GGD en sociaal-maatschappelijke diensten. Verder adviseren we om aan te sluiten bij de verschuiving van '*mensen informeren over gezonde keuzes'* naar '*het aantrekkelijk maken van gezonde keuzes'* door te begrijpen wat mensen bewust of onbewust (de)motiveert om gezond te leven. Strategieën zoals sociale marketing en *nudging* ondersteunen dit proces (RIVM, 2013; de Ridder en Gillebaart, 2015) en kunnen mogelijk bijdragen aan het gebruik van preconceptieconsulten.

Wij onderschrijven de ambitie van het CPZ om het aanbod van preventie en preconceptiezorg te integreren in reguliere financiering en bestaande financiële drempels op te heffen.

Beroepsgroepen in zorg, preventie en sociaal domein

Er zijn verschillende momenten om koppels met een kinderwens te attenderen op een goede start. Deze moeten beter benut worden dan nu het geval is. In 2015 hebben Artsen Jeugdgezondheidszorg Nederland (AJN) en de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK) een intentieverklaring opgesteld: 'preconceptiezorg is een taak voor jeugdarts en kinderarts'. Vanwege hun unieke positie, waarin zij ouders met hun eerste of volgend kind zien, kunnen zij hen attenderen op preconceptiezorg en ouders doorverwijzen naar een preconceptiespreekuur in de regio (AJN/NVK, 2015). Andere medisch specialisten kunnen dit voorbeeld volgen.

Gemeenten en preventieve gezondheidszorg
Gemeenten hebben op basis van de Wet publieke gezondheid (Wpg) een aantal taken op het gebied van de publieke gezondheidszorg waaronder de jeugdgezondheidszorg, het monitoren van de volksgezondheid en het voeren van lokaal gezondheidsbeleid. Deze wet biedt gemeenten de mogelijkheid om een gezonde zwangerschap te bevorderen: benut deze mogelijkheden om preconceptiezorg aan te bieden.

Onderwijs
Wij bevelen aan dat bij voorkeur al op scholen aandacht wordt besteed aan een gezonde zwangerschap en kinderwens. Hiervoor kan gebruik gemaakt worden van bestaande websites zoals www.seksuelevorming.nl met concrete lesmaterialen, handvatten en tips aan leraren van basisonderwijs tot en met opleiders aan de pabo en lerarenopleidingen.

7.3. Beste moment voor gebruik van de R4U?

Het onderzoek naar het gebruik van de R4U, met bijbehorende zorgpaden, heeft laten zien dat deze aanpak heeft geleid tot betere samenwerking in de wijk. Door de ontwikkeling van zorgpaden hebben professionals uit zorg, preventie en gemeente samen verantwoordelijkheid genomen voor een goede start bij de geboorte en een integrale aanpak van gezondheidsachterstanden.
Er is echter geen aantoonbaar effect vastgesteld op perinatale ziekte, mogelijk door een te gering aantal deelnemers aan het onderzoek; door verbeteringen in de zorg in de controlegemeenten; en/of door een beperkte uitvoering van de interventie (zie 6.6). De resultaten roepen ook de vraag op of screening op niet-medische risicofactoren vroeg in de zwangerschap wel vroeg genoeg is. De eerste weken van de zwangerschap zijn immers bepalend voor de perinatale gezondheid. Idealiter wordt deze aanpak met screening op niet-medische risicofactoren, als onderdeel van sociale verloskunde, al vóór de conceptie in gang gezet (Steegers et al., 2013). Wij adviseren screening zo vroeg mogelijk in te zetten, zowel voorafgaand aan als aan het begin van de zwangerschap.

7.4. Onderzoek in de dagelijkse realiteit

Het onderzoek binnen HP4All is opgezet binnen een complexe sociale omgeving, met partijen uit zorg, preventie en het sociale domein. De bereidheid om mee te doen was groot, de uitwerking is complex. Deelname aan onderzoek vraagt van iedere deelnemer zich te conformeren aan de onderzoeksopzet, met voorgeschreven en soms extra handelingen, counseling volgens de regels der kunst en dataverzameling. Niet in iedere setting is dit echter even makkelijk, waardoor bijvoorbeeld afgeweken wordt van het onderzoeksprotocol. De afspraken binnen onderzoek stroken mogelijk niet altijd met het beleid dat een gemeente of zorgverlener heeft ingezet (Jonkman et al., 2010), zoals ook gebleken is bij de keuzes rondom de wervingsstrategieën voor het zorgexperiment preconceptiezorg (zie 4.2).

Bewoners in achterstandswijken nemen aanmerkelijk minder vaak deel aan onderzoek dan anderen (Goodman et al., 2008). De manier waarop *informed consent* gevraagd moet worden werpt barrières op voor deelname aan onderzoek. Mensen met lage gezondheidsvaardigheden, mensen met een lage SES en bepaalde etnische groepen zijn daardoor ondervertegenwoordigd in onderzoek. Dit komt deels voort uit wantrouwen tegen onderzoek, deels door de opzet van de onderzoeken en deels vanwege de toestemmingsformulieren met voorgeschreven informatie over risico's van deelname, waardoor deze lang en complex zijn (Tamariz et al., 2013). Er zijn echter nauwelijks interventies om de ondervertegenwoordiging van bewoners in achterstandswijken op te heffen.

Een derde barrière is de logistiek van onderzoek: in de tweede en derde lijn wordt deelname aan onderzoek op verschillende manieren gefaciliteerd. Bij onderzoek in de preventieve zorg of eerste lijn is er vaak geen of beperkte ondersteuning bij de voorlichting en counseling voor deelname aan onderzoek en bij dataverzameling.[4]

[4] Midwifery Research Network Netherlands biedt deelnemers aan het MRNN ondersteuning (www.mrnn.nl/informatie-voor-verloskundige-praktijken/voordelen)

Onderzoekers en ZonMw

Bij de huidige manier van onderzoek doen zijn bewoners in achterstandswijken en mensen met lagere gezondheidsvaardigheden ondervertegenwoordigd. Pharos en CBO hebben een *Handreiking Patiëntenparticipatie van migranten in Onderzoek, Kwaliteit en Beleid* ontwikkeld. Wij pleiten er voor dat een vergelijkbare handleiding wordt ontwikkeld voor het doen van onderzoek in achterstandswijken en onderzoek onder mensen met lagere gezondheidsvaardigheden. Aangesloten kan worden bij de werkgroep van het WUN Health Literacy Network die onderzoekt hoe mensen met lagere gezondheidsvaardigheden meer betrokken/minder buitengesloten worden van deelname aan onderzoek. Wij pleiten ook voor alternatieve mogelijkheden voor het vragen van toestemming voor deelname aan onderzoek.

Beroepsgroepen of hun organisaties

Beroeps- en koepelorganisaties benadrukken het belang van evidence based medicine en evidence based policy. Via hun kwaliteitsbeleid wordt deelname als onderzoekspraktijk gestimuleerd. Koepelorganisaties kunnen hun leden hierin ondersteunen door niet alleen het belang van deelname aan onderzoek te benadrukken, maar ook concrete handvatten of *best practices* aan te bieden (Dijkstra et al., 2014). Via afspraken met medewerkers over leven lang leren, inzet van stagiaires en andere ondersteunende maatregelen kunnen organisaties deelname aan onderzoek mogelijk maken.

7.5. Langlopend onderzoek

De levenslange invloeden van een gunstig of minder gunstige perinatale gezondheid zijn bekend. Het ontbreekt echter aan langlopend onderzoek naar de effecten van interventies in de preconceptionele periode en de vroege zwangerschap op de gezondheid van jonge kinderen en later in hun leven. Door vrouwen en kinderen langdurig te volgen ontstaat meer kennis over de duurzaamheid van de ingezette maatregelen en de gevolgen van die maatregelen op de ontwikkeling van kinderen.

Financiers van onderzoek

Wij pleiten er voor om langlopend vervolgonderzoek mogelijk te maken naar de effecten van interventies in de preconceptionele periode en de vroege zwangerschap op de gezondheid van jonge kinderen en later in hun leven.

Referenties

AJN/NVK. Intentieverklaring AJN en NVK. Preconceptiezorg, een taak van jeugdarts en kinderarts. 2015.
Verklaring

Barker DJ. The origins of the developmental origins theory. J Intern Med 2007;261(15):412-7.
Publicatie

Bonsel GJ, Birnie E, Denktaş S, Poeran J, Steegers EAP. Lijnen in de perinatale sterfte, Signalementstudie zwangerschap en geboorte 2010. Rotterdam: Erasmus MC, 2010.
Publicatie

Bopp M, Saunders RP, Lattimore D. The Tug-of-War: Fidelity Versus Adaptation Throughout the Health Promotion Program Life Cycle. J Prim Prev. 2013;34(3):193-207. doi: 10.1007/s10935-013-0299-y.
Samenvatting

Buitendijk SE, Nijhuis JG. Hoge perinatale sterfte in Nederland in vergelijking tot de rest van Europa. Ned Tijdschr Geneeskd. 2004;148:1855-60.
Publicatie

College Perinatale Zorg. Plan van aanpak preventie. CPZ: Utrecht, 2015.
Plan van aanpak

College Perinatale Zorg. Zorgstandaard 'Integrale geboortezorg' Versie 1.0. CPZ: Utrecht, januari 2016 (concept).
Concept

De Graaf JP, Ravelli ACJ, Wildschut HIJ, Denktaş S, Voorham AJJ, Bonsel GJ, Steegers EAP. Perinatale uitkomsten in de vier grote steden en de prachtwijken in Nederland. Ned Tijdschr Geneeskd 2008;152(50):2734-40.
Publicatie

De Graaf JP, Ravelli AC, de Haan MA, Steegers EA, Bonsel GJ. Living in deprived urban districts increases perinatal health inequalities. J Matern Fetal Neonatal Med. 2013a;26:473-81.
Samenvatting

De Graaf JP, Steegers EA, Bonsel GJ. Inequalities in perinatal and maternal health. Current Opinion in Obstetrics and Gynecology. 2013b;25(2):98–108.
Samenvatting en hoofdstuk in proefschrift

De Jong-Potjer LC, Beentjes M, Bogchelman M, Jaspar AHJ, Van Asselt KM. NHG-Standaard Preconceptiezorg. Huisarts Wet 2011:54(6):310-2.
Publicatie

De Jong-Potjer LC, van Voorst SJ, Plasschaert S, Steegers EAP, Denktaş S, Current practice of preconception care by primary caregivers in the Netherlands. Paper presented at 3rd Congress on Preconception Health and Care; 16-19 February 2016; Uppsala, Sweden.
Abstract

Denktaş S, Voorham AJJ, Bonsel GJ, Spittje JD, Huizer MC, Willems M, De Graaf JP, Van der Weg HJ, Wildschut HIJ, Peters IA, Steegers EAP. Grootstedelijke perinatale gezondheid. Programmatische aanpak van perinatale sterfte in Rotterdam. Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen 2009;87:199-202.
Samenvatting

Denktaş S, Waelput AJM, van Voorst S, Vos A, Bonsel GJ, de Jong-Potjer L, Steegers EAP. Healthy Pregnancy 4 All. Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen 2012a;90:479-483.
Samenvatting

Denktaş S, Bonsel GJ, Steegers EAP. Perinatale gezondheid in Rotterdam. Ervaringen na 2 jaar ‘Klaar voor een kind’. Ned Tijdschr Geneeskd. 2012b;156:A4289.
Samenvatting

Denktaş S, Bonsel GJ, Van der Weg HJ, Voorham AJ, Torij HW, De Graaf JP, Wildschut HI, Peters IA, Birnie E, Steegers EA. An urban perinatal health programme of strategies to improve perinatal health. Matern Child Health J 2012c;16(8):1553-8.
Publicatie

Denktaş S, Jong-Potjer LC, Waelput AJM, Temel S, Voorst van SF, Vos AA, Schölmerich VLN, Bonsel GJ, Kooy van der J, Quispel C, Poeran VJJ, Peters IA, Vujkovic M, Bakker R, Steegers EAP. Preconception Care. A review of the literature. First draft. Rotterdam: Erasmus MC, 2012d.

Denktaş S, Poeran J, van Voorst SF, Vos AA, de Jong-Potjer LC, Waelput AJ, Birnie E, Bonsel GJ, Steegers EA. Design and outline of the Healthy Pregnancy 4 All study. BMC Pregnancy Childbirth. 2014;14:253.
Publicatie

Dorgelo A, Pos S, Kosec H. Handreiking Patiëntenparticipatie van migranten in Onderzoek, Kwaliteit en Beleid. Utrecht: CBO in samenwerking met Pharos, 2013.
Publicatie

Drewes HW, Heijink R, Struijs JN, Baan CA. Samen werken aan duurzame zorg. Landelijke monitor proeftuinen. Bilthoven: RIVM, 2015.
Publicatie

Dijkstra L, Verbeek T, Bockting C, Van Pampus MG, Burger H. Lessen over de respons op grootschalig onderzoek naar psychischeklachten tijdens de zwangerschap. Tijdsch Verlosk 2014;6:20-23.
Publicatie

Essink-Bot MLE, Rosman AN, Van Voorst SF, Fransen MP. Recruitment for preconception counseling: A scoping study among women with low health literacy. *Manuscript submitted for publication.*

EURO-PERISTAT project in collaboration with SCPE. EUROCAT and EURONEONET. European Perinatal Health Report. Leiden/Parijs: TNO Quality of Life/INSERM, 2008.
Publicatie

Fransen MF, Hopman MH, Rosman AR, Essink-Bot MLE. Toegang tot preconceptiezorg voor vrouwen met lage gezondheidsvaardigheden: een probleem analyse. Paper presented at NCVGZ; 2015; Rotterdam.
Samenvatting

Fransen MF, Rosman AN, Hopman MH, Essink-Bot MLE. Accesible preconception care for women with low health literacy: A problem analysis. Paper presented at 3rd Congress on Preconception Health and Care; 16-19 February 2016; Uppsala, Sweden.
Abstract

Gill K. Sociaal verloskundige verkenningen [proefschrift]. Rijksuniversiteit Utrecht, 1973.

Goodman A, Gatward R. Who are we missing? Area deprivation and survey participation. Eur J Epidemiol. 2008;23(6):379-87.
Samenvatting

Goedhart G, van Eijsden M, Van der Wal MF, Bonsel GJ. Ethnic differences in preterm birth and its subtypes: the effect of a cumulative risk profile. BJOG 2008;115(6):710-9.
Publicatie

Jonkman H, Boonstra N, van Wonderen R. Experimenteel onderzoek in de sociale werkelijkheid. Drie voorbeelden: Communities that Care, Thuis op Straat en Vakmanstad. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut, 2010.
Publicatie

KPMG Plexus. Advies integrale bekostiging geboortezorg. KPMG, 2016
Publicatie

Middelkoop B, Jacobi C, van Dijk T. Perinatale sterfte en morbiditeit in Den Haag, 2000-2008. Epidemiologisch bulletin 2011;4:2-12.
Publicatie

Ministerie van VWS. Landelijke nota gezondheidsbeleid 2016-2019. Den Haag: Ministerie van VWS, 2015.
Notitie

Mohangoo AD, Buitendijk SE, Hukkelhoven CWPM, Ravelli ACJ, Rijninks van Driel GC, Tamminga P, Nijhuis JG. Hoge perinatale sterfte in Nederland vergeleken met andere Europese landen: de PERISTAT II studie. Ned Tijdschr Geneeskd. 2008;152:2718-27.
Publicatie

NVOG. Nota preconceptiezorg. Utrecht: NVOG, 2008.
Publicatie

NZA, Quickscan en beleidsbrief Integrale geboortezorg. Samenwerking tussen de eerstelijns en tweedelijns zorgaanbieders. Utrecht: NZA, 2015.
Publicatie

Osselen van E. Perinatale morbiditeit en mortaliteit ongelijk verdeeld (nieuwsbericht). Ned Tijdschr Geneeskd. 2015;159:C2731
Publicatie

Peters IA, Schölmerich VLN, van Veen DW, Steegers EAP, Denktaş S. Reproductive health peer education for multicultural target groups. Journal for Multicultural Education, 2014;3:162-178.
Samenvatting en hoofdstuk in proefschrift

Poeran J, Denktas S, Birnie E, Bonsel GJ, Steegers EA. Urban perinatal health inequalities. The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine 2011;24(4):643–6.
Samenvatting en hoofdstuk in proefschrift

Poeran J, Steegers EA, Bonsel GJ. De aanpak van perinatale sterfte in Nederland. Uitkomsten van een systematisch expert-onderzoek. Ned Tijdschr Geneeskd. 2012;156:A4499.
Samenvatting

Poeran J, Denktaş S, Van der Weg HJ, de Graaf JP, Torij HW, Bonsel GJ, Steegers EAP. De opbrengsten van 4 jaar 'Klaar voor een Kind': een grootstedelijk multidisciplinair gezondheidsprogramma voor verloskundige zorg in Rotterdam. TSG 2015; doi10.1007/s12508-015-0101-z.
Samenvatting

Posthumus AG, Schölmerich VL, Waelput AJ, Vos AA, De Jong-Potjer LC, Bakker R, Bonsel GJ, Groenewegen P, Steegers EA, Denktaş S. Bridging between professionals in perinatal care: towards shared care in the Netherlands. Matern Child Health J. 2013;17(10):1981-9.
Samenvatting en hoofdstuk in proefschrift

Posthumus AG, Birnie E, van Veen MJ, Steegers EA, Bonsel GJ. An antenatal prediction model for adverse birth outcomes in an urban population: The contribution of medical and non-medical risks. Midwifery. 2015 Nov 10. pii: S0266-6138(15)00289-2. doi: 10.1016/j.midw.2015.11.006. [Epub ahead of print]
Samenvatting

Ridder DTD de, Gillebaart M. Wetenschappelijk kader nudging in de publieke gezondheidszorg. Utrecht: UMCU, 2015 (in opdracht van ZonMw).
Publicatie

RIVM. Sociale marketing: verleiden tot gezonder leven! Bilthoven: RIVM, 2013.
Brochure

Steegers EA, Denktaş S, De Graaf JP, Bonsel GJ. Sociale verloskunde voorkomt armoedeval. Med Contact. 2013;68(14):714-17.
Publicatie

Steegers EAP. Embryonale gezondheid en preconceptiezorg. Belang voor huidige en toekomstige generaties. Ned Tijdschr Geneeskd. 2014;158:A7373.
Samenvatting

Stuurgroep Zwangerschap en geboorte. Een goed begin. Veilige zorg rond zwangerschap en geboorte. Den Haag, januari 2010.
Publicatie

Sijpkens MK*, van Voorst* SF, Rosman AN, Denktaş S, de Jong-Potjer LC, Steegers EAP (* equal contribution). Effectiveness of recruitment strategies and preconception health services - The Healthy Pregnancy 4 All study. Paper presented at 3rd Congress on Preconception Health and Care; 16-19 February 2016; Uppsala, Sweden.
Abstract

Tamariz L, Palacio A, Robert M, Marcus EN. Improving the informed consent process for research subjects with low literacy: a systematic review. J Gen Intern Med. 2013;1:121-6.
Publicatie

Temel S, Birnie E, Voorham AJJ, Bonsel GJ, Steegers EAP, Denktaş S. Determinants of the intention of preconception care use: lessons from a multi-ethnic urban population in the Netherlands. Int J Public Health. 2013;58:295-304.
Publicatie

Temel S, van Voorst SF, Jack BW, Denktaş S, Steegers EA. Evidence-based preconceptional lifestyle interventions. Epidemiol Rev. 2014;36(1):19-30.
Publicatie

Temel S, van Voorst SF, de Jong-Potjer LC, Waelput AJ, Cornel MC, de Weerd SR, Denktaş S, Steegers EA. The Dutch national summit on preconception care: a summary of definitions, evidence and recommendations. J Community Genet. 2015;6(1):107-15.
Publicatie

Timmermans S, Bonsel GJ, Steegers-Theunissen RP, Mackenbach JP, Steyerberg EW, Raat H, Verbrugh HA, Tiemeier HW, Hofman A, Birnie E, Looman CW, Jaddoe VW, Steegers EA. Individual accumulation of heterogeneous risks explains perinatal inequalities within deprived neighbourhoods. Eur J Epidemiol. 2011;26(2):165-80.
Publicatie

Van der Pal-de Bruin KM, le Cessie S, Elsinga J, De Jong-Potjer LC, Van Haeringen A, Knuistingh Neven A, Pauline Verloove-Vanhorick S, Assendelft P. Pre-conception counselling in primary care: prevalence of risk factors among couples contemplating pregnancy. Paediatr Perinat Epidemiol 2008;22:280–7.
Samenvatting

Van Veen MJ, Birnie E, Poeran J, Torij HW, Steegers EA, Bonsel GJ. Feasibility and reliability of a newly developed antenatal risk score card in routine care. Midwifery 2015;13(1):147-54.
Samenvatting

Van Voorst SF, Temel S, Aalhuizen IA, Denktaş S, Steegers EAP. Preconceptiezorg. *In* Handboek vrouwspecifieke geneeskunde onder redactie van Fauser BCJM, Lagro-Janssen ALM, Bos AME. Houten: Prelum Uitgevers, 2013.

Van Voorst SF, Vos AA, de Jong-Potjer LC, Waelput AJM, Steegers EA, Denktas S. Effectiveness of general preconception care accompanied by a recruitment approach: protocol of a community-based cohort study (the Healthy Pregnancy 4 All study). BMJ Open. 2015;5(3):e006284. doi: 10.1136/bmjopen-2014-006284.
Publicatie

Van Voorst S, Plasschaert S, de Jong-Potjer L, Steegers E, Denktaş S. Current practice of preconception care by primary caregivers in the Netherlands. Eur J Contracept Reprod Health Care. 2016a Mar 22:1-8. [Epub ahead of print]
Samenvatting

Van Voorst SJ, ten Kate CA, de Jong-Potjer LC, Steegers EAP, Denktaş S. Consumer preferences as a point of departure for social marketed individual preconception care consultations. Paper presented at 3rd Congress on Preconception Health and Care; 16-19 February 2016b; Uppsala, Sweden.
Abstract

Van Voorst SF, Schölmerich VLN 2, Carissah J.C. Stewart CJC, van Veen DW, Steegers EA, Denktas S. Implementation of community-based peer health education strategy for preconception care. *Manuscript submitted for publication.*

Vink-van Os LC, Birnie E, van Vliet-Lachotzki EH, Bonsel GJ, Steegers EA. Determining pre-conception risk profiles using a national online self-reported risk assessment: a cross-sectional study. Public Health Genomics. 2015 May 6. [Epub ahead of print]
Samenvatting

Vos AA, Bonsel GJ, Steegers EAP. Foetale en neonatale sterfte in Europees perspectief: verbetering van de verloskundige zorg in Nederland blijft nodig. Ned Tijdschr Geneeskd. 2014a;158:A7594.
Samenvatting

Vos AA, Posthumus AG, Bonsel GJ, Steegers EA, Denktaş S. Deprived neighborhoods and adverse perinatal outcome: a systematic review and meta-analysis. Acta Obstet Gynecol Scand. 2014b;93(8):727-40.
Samenvatting

Vos AA, van Voorst SF, Waelput AJ, de Jong-Potjer LC, Bonsel GJ, Steegers EA, Denktaş S. Effectiveness of score card-based antenatal risk selection, care pathways, and multidisciplinary consultation in the Healthy Pregnancy 4 All study (HP4ALL): study protocol for a cluster randomized controlled trial. Trials. 2015a;16(1):8.
Publicatie

Vos AA, van Veen MJ, Birnie E, Denktaş S, Steegers EA, Bonsel GJ. An instrument for broadened risk assessment in antenatal health care including non-medical issues. Int J Integr Care. 2015b;15:e002.
Publicatie

Vos AA, Leeman A, Waelput AJ, Bonsel GJ, Steegers EA, Denktaş S. Assessment and care for non-medical risk factors in current antenatal health care. Midwifery. 2015c Jun 22. pii: S0266-6138(15)00190-4. doi: 10.1016/j.midw.2015.06.008.
Samenvatting

Vos AA, Denktaş S, Borsboom GJ, Bonsel GJ, Steegers EA. Differences in perinatal morbidity and mortality on the neighbourhood level in Dutch municipalities: a population based cohort study. BMC Pregnancy Childbirth. 2015d;15:201. doi: 10.1186/s12884-015-0628-7.
Publicatie

Vos AA‡, van Voorst SF‡, Steegers EAP Steegers, Denktaş S. Analysis of policy towards improvement of perinatal mortality in the Netherlands (2004 - 2011). ‡Shared first authorship Social Science & Medicine, In Press, Accepted Manuscript, Available online 23 Jan 2016
Samenvatting, hoofdstuk in proefschrift

Vos AA, van Voorst SF, Posthumus AG, Waelput AJM, Denktaş S, Steegers EAP. Process evaluation of the implementation of scorecard-based antenatal risk selection, care pathways, and interdisciplinary consultation: the Healthy Pregnancy 4 All study. *Manuscript submitted for publication.*

Vos AA. Strategies to Reduce Perinatal Health Inequalities [proefschrift]. Erasmus University Rotterdam; 2015.
Proefschrift

Waelput AJM, Steegers EAP. Wijkgericht werken voor een betere perinatale gezondheid. Ervaringen van Healthy Pregnancy 4 All. Kinderarts en Wetenschap, 2015; 14:32-36.
Publicatie

Wensing M, Ouwens M, Boerboom L, Bal R, de Bont A, de Mul M, Friele R, Heiligers P, van der Niet A. Kennis van Implementatie Programma. Nijmegen, 2010.
Publicatie

Afkortingen

AJN	Artsen Jeugdgezondheidszorg Nederland
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
CPZ	College Perinatale zorg
HP4All	Healthy Pregnancy 4 All
GGD	Gemeentelijke of Gemeenschappelijke Gezondheidsdienst
GGD GHOR	Koepelorganisatie van GGD-en en GHOR-bureaus (Geneeskundige Hulpverleningsorganisatie in de Regio)
JGZ	Jeugdgezondheidszorg
NVK	Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde
NZA	Nederlandse Zorg Autoriteit
SES	Sociaal Economische Status
VWS	Ministerie

Bijlage 1: gemeentelijke projectleiders en team HP4All

Gemeentelijke projectleiders

- Almere: Brigitte Heusschen, gemeente Almere, en Stefan Wigger, ROSAlmere.
- Amsterdam: Arnoud Verhoeff, GGD Amsterdam
- Den Haag: Annette de Graaf, GGD Haaglanden
- Enschede: Marieke Bunnik, GGD Twente
- Groningen (stad en vier omliggende gemeenten): Renée Stoffels, GGD Groningen
- Heerlen: Bea Zeelen, gemeente Heerlen
- Nijmegen: Gerdine Fransen en Mieke van der Biezen, GGD Gelderland Zuid
- Schiedam: Shanty Badal, Gemeente Schiedam
- Tilburg: Miek van den Ham, GGD Hart van Brabant
- Utrecht: Evy Hochheimer, gemeente Utrecht

Team HP4All

Afdeling Verloskunde en Gynaecologie, Erasmus MC, Rotterdam

Directoraat: Prof. dr. Eric A.P. Steegers, dr. Semiha Denktaş (tot september 2013)

Preconceptiezorg:

- Dr. Lieke C. de Jong-Potjer, projectleider
- Drs. Sabine F. van Voorst (tot 1 juli 2014), arts-onderzoeker
- Dr. Ageeth N. Rosman (vanaf september 2013)
- Drs. Meertien K. Sijpkens (vanaf 1 mei 2014), arts-onderzoeker

Vernieuwde risicoselectie tijdens de zwangerschap:

- Drs. Adja J.M. Waelput, projectleider
- Dr. Amber A. Vos (tot 1 juli 2014), arts-onderzoeker, gepromoveerd december 2015
- Drs. Jacky Lagendijk (vanaf 1 juli 2014), arts-onderzoeker

Dr. Rachel Bakker (tot half mei 2012), projectleider

Daniëlle W. van Veen-van Belle, communicatieadviseur

Brenda Karsan, secretariaat (tot half september 2013)

Toon Juttmann, secretariaat (van augustus 2013 tot april 2014)

Met bijdragen van dr. Jashvant Poeran, arts-onderzoeker, en drs. Marisja Scheerhagen, onderzoeker, aan de wetenschappelijke analyses.

Adviseurs

Dr. Erwin Birnie, econoom

Prof. dr. Gouke J. Bonsel, arts-epidemioloog

Prof. dr. Hans M.W.M. Merkus, gynaecoloog (september 2012-februari 2013)

Dr. Gerda G. Zeeman, gynaecoloog (jan-februari 2012)

Masterstudenten

Varsha Jharap

Annemiek Leeman

Sherash Mahmood

Sophie Plasschaert

Carissah J.C. Stewart

Studententeam

Joske Moscou (van juli 2013)

Michiel A. van Buuren (van augustus 2013 tot juli 2014)

Romanna M.G. Delauw (van november 2014)

Jet van der Kooy (van juli 2013 tot februari 2014)

Varsha Jharap (van september 2013 van juli 2014)

Sherash Mahmood (van augustus 2013 tot oktober 2014)

Sara Wahedi (van augustus 2014 tot oktober 2014)

Bijlage 2: indicatoren zorgexperiment PCZ

Selectiecriteria voor het voor het preconceptiezorg-experiment met
decielscores per gemeente. Hierbij geeft het cijfer 10 aan dat de betreffende regio zich in de groep met ongunstige uitkomsten bevindt; het cijfer 1 geeft daarentegen aan dat de betreffende regio zich in de groep met de meest gunstige uitkomsten bevindt (bron: Denktaş et al., 2014).

		DEMOGRAPHICS				**1ST ANTENATAL BOOKING ≥14W**			**CONGENITAL ANOMALIES**			**SGA**			**RANK**
#	***CITIES***	% PREG	AGE <20	NWETHN	LOW SES	ABS	STND	INEQ	ABS	STND	INEQ	ABS	STND	INEQ	
1	Amsterdam	10	8	10	10	10	10	3	3	2	7	8	6	9	96
2	Rotterdam	10	10	10	10	10	10	3	6	7	4	10	9	6	105
3	Den Haag	9	10	10	10	10	10	2	9	8	4	10	9	8	109
4	Utrecht	9	3	10	6	10	10	4	10	10	7	3	2	7	91
5	Eindhoven	8	7	9	7	9	9	6	8	9	8	9	9	5	103
6	Tilburg	8	8	9	9	5	4	10	4	4	5	10	10	3	89
7	Almere	8	7	10	3	10	9	1	7	7	6	9	8	8	93
8	Groningen city	7	9	5	9	2	2	5	2	2	4	5	3	5	60
9	Breda	7	6	6	5	3	1	9	9	9	3	6	7	4	75
10	Nijmegen	7	5	6	9	3	3	9	4	5	6	8	8	6	79
11	Enschede	6	8	8	10	4	4	2	5	5	3	9	7	6	77
12	Apeldoorn	6	5	3	2	6	7	4	1	1	9	5	4	10	63
13	Haarlem	7	3	7	6	8	7	3	1	2	7	4	4	7	66
14	Arnhem	6	9	9	8	8	5	7	6	6	3	7	7	5	86
15	Zaanstad	6	4	8	6	7	7	1	2	3	2	5	4	8	63
16	Amersfoort	7	2	7	4	9	9	7	5	6	6	3	2	4	71
17	Haarlemmermeer	7	1	4	1	4	5	4	1	1	2	2	2	7	41
18	's-Hertogen-bosch	5	3	3	4	1	2	10	9	9	4	8	8	4	70
19	Zoetermeer	5	6	8	3	1	1	6	4	4	1	7	6	10	62
20	Zwolle	6	7	3	4	2	3	7	2	1	7	2	1	10	55
21	Maastricht	4	9	4	6	4	3	10	10	10	10	10	10	1	91
22	Dordrecht	6	10	9	7	9	8	3	2	1	3	7	7	8	80
23	Leiden	5	4	7	6	8	8	6	8	7	10	6	5	3	83
24	Emmen	4	6	1	10	4	5	10	2	2	7	6	4	9	70
25	Ede	5	6	3	5	5	6	6	7	8	2	1	1	5	60
26	Venlo	3	7	8	7	3	2	8	6	6	5	9	10	1	75
27	Westland	4	1	1	1	5	7	6	10	10	8	1	1	10	65
28	Deventer	5	6	6	8	7	8	7	7	7	2	7	7	2	79
29	Delft	3	7	9	9	7	5	7	10	10	10	5	5	6	93
30	Sittard-Geleen	3	8	3	7	1	2	10	5	4	4	9	8	1	65
31	Leeuwarden	4	10	4	9	5	4	8	8	8	2	5	3	10	80
32	Alkmaar	4	4	6	5	6	6	8	5	5	10	2	2	2	65
33	Heerlen	2	10	5	10	3	4	8	10	10	3	10	10	2	87
34	Helmond	5	5	7	6	6	5	4	8	8	5	9	10	1	79
35	Hilversum	1	5	5	3	9	9	1	1	1	8	3	5	1	52
36	Súdwest Fryslân	3	5	1	8	2	2	9	2	2	10	1	1	3	49

#	CITIES	DEMOGRAPHICS				1ST ANTENATAL BOOKING ≥14W			CONGENITAL ANOMALIES			SGA			RANK
		% PREG	AGE <20	NW ETHN	LOW SES	ABS	STND	INEQ	ABS	STND	INEQ	ABS	STND	INEQ	
37	Amstelveen	2	1	8	2	8	8	1	1	1	10	2	1	10	55
38	Hengelo	4	6	4	7	5	6	1	4	3	1	4	4	5	54
39	Purmerend	2	4	6	4	9	10	1	3	5	1	4	6	9	64
40	Roosendaal	2	5	9	1	2	1	8	9	9	8	8	10	1	73
41	Oss	2	2	4	3	1	1	7	5	4	9	10	10	2	60
42	Schiedam	1	10	10	10	10	10	2	7	6	4	10	9	7	96
43	Spijkenisse	1	9	7	4	3	2	5	3	3	1	6	9	4	57
44	Leidschendam-Voorburg	2	2	7	3	8	7	5	5	4	9	3	5	5	65
45	Alphen a/d Rijn	1	2	5	1	4	4	9	7	8	1	4	4	6	56
46	Almelo	3	8	5	8	2	3	1	1	1	9	7	6	1	55
47	Vlaardingen	1	8	10	5	7	4	8	6	5	9	8	8	4	83
48	Gouda	3	3	8	8	3	1	9	1	3	3	4	3	3	52
49	Middelburg	1	9	4	7	6	6	4	8	6	6	4	3	3	67
50	Vlissingen	1	10	6	5	8	6	5	6	8	1	8	9	3	76
#	***PROVINCES***														
51	Groningen	8	7	2	9	7	9	5	3	2	8	5	6	7	78
52	Friesland	9	4	1	8	9	9	3	10	10	8	2	3	9	85
53	Drenthe	9	3	1	5	6	8	6	4	4	2	3	5	8	64
54	Overijssel	9	1	1	2	5	7	2	3	3	6	1	2	9	51
55	Gelderland	10	2	2	2	1	3	3	10	9	9	2	3	6	62
56	Utrecht	10	1	3	1	2	3	5	9	9	5	1	1	7	57
57	Noord-Holland	10	1	2	2	7	8	2	6	6	5	1	1	8	59
58	Zuid-Holland	10	2	2	1	4	5	4	8	7	7	1	2	9	62
59	Zeeland	8	3	1	3	10	10	2	4	5	1	3	5	4	59
60	Noord-Brabant	10	1	2	1	1	1	9	7	7	5	6	7	2	59
61	Limburg	9	4	2	2	1	1	10	9	10	6	7	8	2	71
62	Flevoland	8	9	5	4	6	6	6	3	3	9	6	6	7	78

10% HIGEST SCORE

10%-20% HIGHEST SCORE

10% LOWEST LOWEST SCORE

* '% PREG': % of pregnant women in the general population * 'AGE <20': % of teenage pregnancies * 'NW ETHN': % of pregnant women with a non-Western ethnicity * 'LOW SES': % of women in neighbourhoods with a socioeconomic status score <p20 * 'ABS': Absolute %, 'STND': Standardised % * 'INEQ': Inequality as measured by the relative risk of prevalences between women from neighbourhoods with socioeconomic status score <p20 compared to >p80

Bijlage 3: indicatoren zorgexperiment R4U

Selectiecriteria voor het voor het risicoselectie-experiment met decielscores per gemeente. Hierbij geeft het cijfer 10 aan dat de betreffende regio zich in de groep met ongunstige uitkomsten bevindt; het cijfer 1 geeft daarentegen aan dat de betreffende regio zich in de groep met de meest gunstige uitkomsten bevindt (bron: Denktaş et al., 2014).
In onderstaande tabel twee van de drie indicatoren opgenomen. Voor de volledige tabel: zie Denktaş

		DEMOGRAPHICS					PERINATAL MORTALITY / ALL WOMEN			PERINATAL MORTALITY / BIG4 MORBIDITIES			RANK
#	*CITIES*	% PREG	AGE <20	PRIMI	NW ETHN	LOW SES	ABS	STND	INEQ	ABS	STND	INEQ	
1	Amsterdam	10	8	10	10	10	8	6	9	8	7	7	113
2	Rotterdam	10	10	7	10	10	10	10	3	6	7	3	110
3	Den Haag	9	10	7	10	10	9	8	7	6	7	4	114
4	Utrecht	9	3	9	10	6	9	9	2	9	10	2	96
5	Eindhoven	8	7	9	9	7	5	5	4	2	2	2	83
6	Tilburg	8	8	7	9	9	8	8	6	4	5	8	101
7	Almere	8	7	4	10	3	8	10	3	5	8	3	89
8	Groningen	7	9	10	5	9	7	9	1	8	9	3	87
9	Breda	7	6	6	6	5	3	4	7	2	4	6	74
10	Nijmegen	7	5	8	6	9	10	10	4	10	10	2	100
11	Enschede	6	8	5	8	10	9	9	4	8	6	3	96
12	Apeldoorn	6	5	4	3	2	8	8	8	9	8	8	86
13	Haarlem	7	3	9	7	6	4	6	8	5	6	9	82
14	Arnhem	6	9	10	9	8	9	4	9	9	6	8	102
15	Zaanstad	6	4	6	8	6	2	1	1	2	1	4	56
16	Amersfoort	7	2	6	7	4	10	10	5	10	10	7	88
17	Haarlemmermeer	7	1	5	4	1	4	3	7	7	6	7	60
18	's-Hertogenbosch	5	3	10	3	4	6	5	3	4	4	5	70
19	Zoetermeer	5	6	6	8	3	1	1	2	1	1	1	58
20	Zwolle	6	7	6	3	4	6	2	5	8	4	2	68
21	Maastricht	4	9	8	4	6	8	7	8	3	2	6	90
22	Dordrecht	6	10	4	9	7	2	1	3	2	1	5	71
23	Leiden	5	4	10	7	6	4	2	9	3	2	9	73
24	Emmen	4	6	4	1	10	2	2	1	3	3	1	61
25	Ede	5	6	1	3	5	7	4	9	9	5	10	70
26	Venlo	3	7	5	8	7	3	2	10	3	1	10	81
27	Westland	4	1	1	1	1	1	2	8	1	1	8	53
28	Deventer	5	6	6	6	8	9	9	3	7	5	4	90
29	Delft	3	7	8	9	9	1	1	5	1	1	1	74
30	Sittard-Geleen	3	8	9	3	7	3	1	7	1	1	9	71
31	Leeuwarden	4	10	9	4	9	5	5	10	5	5	10	91
32	Alkmaar	4	4	7	6	5	2	2	10	4	3	10	65
33	Heerlen	2	10	10	5	10	7	8	6	1	2	8	93
34	Helmond	5	5	4	7	6	5	4	8	4	3	10	79
35	Hilversum	1	5	10	5	3	7	5	2	10	8	6	72

#	CITIES	DEMOGRAPHICS					PERINATAL MORTALITY / ALL WOMEN			PERINATAL MORTALITY / BIG4 MORBIDITIES			RANK
		% PREG	AGE <20	PRIMI	NW ETHN	LOW SES	ABS	STND	INEQ	ABS	STND	INEQ	
36	Súdwest Fryslân	3	5	2	1	8	7	7	10	10	10	10	82
37	Amstelveen	2	1	3	8	2	1	1	10	7	5	9	61
38	Hengelo	4	6	3	4	7	5	7	5	6	6	7	72
39	Purmerend	2	4	8	6	4	2	3	9	5	4	9	77
40	Roosendaal	2	5	5	9	1	2	5	2	1	2	5	59
41	Oss	2	2	5	4	3	3	4	7	1	2	7	61
42	Schiedam	1	10	9	10	10	10	10	9	6	4	8	97
43	Spijkenisse	1	9	8	7	4	10	8	6	9	8	4	94
44	Leidschendam-Voorburg	2	2	7	7	3	1	1	10	4	3	10	63
45	Alphen a/d Rijn	1	2	8	5	1	10	10	1	10	10	5	75
46	Almelo	3	8	3	5	8	1	3	2	2	5	1	54
47	Vlaardingen	1	8	7	10	5	7	10	3	6	10	3	92
48	Gouda	3	3	1	8	8	6	3	10	7	6	9	71
49	Middelburg	1	9	1	4	7	1	3	1	3	4	2	42
50	Vlissingen	1	10	4	6	5	6	9	1	4	7	1	73
#	PROVINCES												
51	Groningen	8	7	3	2	9	9	8	6	10	9	6	91
52	Friesland	9	4	2	1	8	10	9	5	9	9	4	89
53	Drenthe	9	3	2	1	5	6	6	2	8	8	2	70
54	Overijssel	9	1	1	1	2	5	7	4	8	9	1	61
55	Gelderland	10	2	1	2	2	5	6	4	5	7	4	61
56	Utrecht	10	1	2	3	1	4	5	4	6	7	3	59
57	Noord-Holland	10	1	3	2	2	4	6	7	7	9	6	68
58	Zuid-Holland	10	2	2	2	1	4	6	1	5	8	1	55
59	Zeeland	8	3	2	1	3	8	7	8	10	10	5	71
60	Noord-Brabant	10	1	3	2	1	3	3	6	3	3	7	59
61	Limburg	9	4	5	2	2	3	4	5	2	3	6	63
62	Flevoland	8	9	1	5	4	6	7	6	7	9	5	87

10% HIGEST SCORE

10%-20% HIGHEST SCORE

10% LOWEST LOWEST SCORE

* '% PREG': % of pregnant women in the general population * 'AGE <20': % of teenage pregnancies * 'PRIMI': % of primiparous women * 'NW ETHN': % of pregnant women with a non-Western ethnicity * 'LOW SES': % of women in neighbourhoods with a socioeconomic status score <p20 * 'ABS': Absolute % * 'STND': standardised % * 'INEQ': Inequality as measured by the relative risk of prevalences between women from neighbourhoods with socioeconomic status score <p20 compared to >p8

Bijlage 4: R4U scorekaart

✂ NAAM:		STUDIE ID	G: P:	GEBOORTE DATUM:
PRAKTIJK	PC4D	DATUM INTAKE:	AT DATUM	□ LM □ US □ IVF

SOCIAAL			ACTIE
Sociale situatie	JA	NEE	
Alleenstaand			
Relatieproblemen > 3 maanden			
Ervaart onvoldoende sociale steun			
Huiselijk geweld aanwezig			
In contact met bureau Jeugdzorg met eerdere kinderen			
Werk en inkomen	JA	NEE	
Werkloos (> 3 maanden)			
Staand werk			
Werk >32u en daarbij stressvol			
Netto gezinsinkomen < € 1000			
Moeilijk aflosbare schulden			
Partner werkloos			
Opleiding	JA	NEE	
< 7 jaar onderwijs gevolgd / functioneel analfabeet			
Leefomgeving	JA	NEE	
Huisvestingsproblemen			
Wonend in achterstandswijk (zie script)			
ETNICITEIT			
Etniciteit	JA	NEE	
Surinaams-Hindoestaans			
Surinaams-Creools			
Surinaams-Javaans			
Antilliaans / Arubaans			
Kaapverdiaans			
Turks			
Marokkaans			
Overig Niet-Westers			
Taal / Communicatie met client	JA	NEE	
Moeizame communicatie (beperkt nederlands/engels)			
Uitsluitend communicatie met tolk			
Zwakbegaafdheid			
ZORG			
Algemeen	JA	NEE	
Onverzekerd			
Familie planning / leeftijd	JA	NEE	
Ongewenste zwangerschap			
Ongepland, maar gewenste zwangerschap			
Geassisteerde voortplanting (ICSI/IVF/IUI/ovulatieinductie)			
Tienerzwangerschap ≤ 18 jaar			
Leeftijd ≥ 40 jaar			
Obstetrisch	JA	NEE	
Eerste antenatale consult tussen 12.0-14.0 weken			
Eerste antenatale consult na 14.0 weken			
LEEFSTIJL			
Intoxicaties	JA	NEE	
Roken voor de zwangerschap < 6 maanden			
Roken 1e trimester			
Roken 2e trimester			
Alcohol voor de zwangerschap			
Alcohol 1e trimester			
Alcohol 2e trimester			
Drugsgebruik voor de zwangerschap < 6 maanden			
Drugs 1e trimester			
Drugs 2e trimester			
Voeding	JA	NEE	
Vegetarisch, macrobiotisch of veganistisch dieet			
Onvoldoende groenten (niet dagelijks)			
Onvoldoende fruit (< 1 stuk per dag)			
Gewicht	JA	NEE	
BMI < 18			
BMI 30 - 35			
BMI > 35			

ALGEMEEN MEDISCH			ACTIE
Aandoeningen	JA	NEE	
Eén of meerdere chronische ziekte(s) van R4U-script			
Jaarlijkse controle huisarts/medisch specialist voor aandoening			
Hemoglobinopathie			
Weigert bloedtransfusie (Jehovagetuige)			
Medicatie	JA	NEE	
Geneesmiddelen op recept			
Medicijnen/pillen zonder recept			
Géèn foliumzuur gebruikt voor de zwangerschap			
Infectieziekten	JA	NEE	
Afgelopen 12 maanden (behandelde) SOA			
Wisselende seksuele contacten			
Risico op Toxoplasmose			
Risico op Rubella			
Psychiatrisch	JA	NEE	
Psychiatrische opname of opname 1e graads familielid			
Psychiatrische medicatie ooit op recept			
Psychische klachten nu			
OBSTETRISCH			
Voorgeschiedenis	JA	NEE	
Nullipariteit			
2 of meer miskramen			
Binnen 6 maanden opnieuw zwanger			
Vroeggeboorte (< 37 weken)			
Apgarscore < 7 na 5 minuten			
Dysmatuur kind (geboortegewicht < P10)			
Kind met ernstige congenitale afwijking(en)			
Perinatale sterfte (22 wkn t/m 7 dgn postpartum)			
Schouderdystocie			
Kunstverlossing (forceps / vacuüm)			
Sectio caesarea			
Diabetes gravidarum			
Manuele placentaverwijdering / fluxus			
Solutio placentae			
Pre-eclampsie / HELLP / Eclampsie			
Familie	JA	NEE	
Congenitale afwijkingen in familie (1e en 2e graads)			
Overige VIL indicaties			
LABUITSLAGEN	POS	NEG	
Irregulaire antistoffen			
Hepatitis B			
HIV			
Lues			

KINDERWENS / PRECONCEPTIE SPREEKUUR GEWEEST

□ JA bij verloskundige datum (mm/jj): □ JA bij huisarts datum (mm/jj): □ NEE

PLUSPUNTEN

EINDRESULTAAT

Domein	Score
Sociaal	
Etniciteit	
Zorg	
Leefstijl	
Algemeen medisch	
Obstetrisch	
TOTAAL	
Labuitslagen	

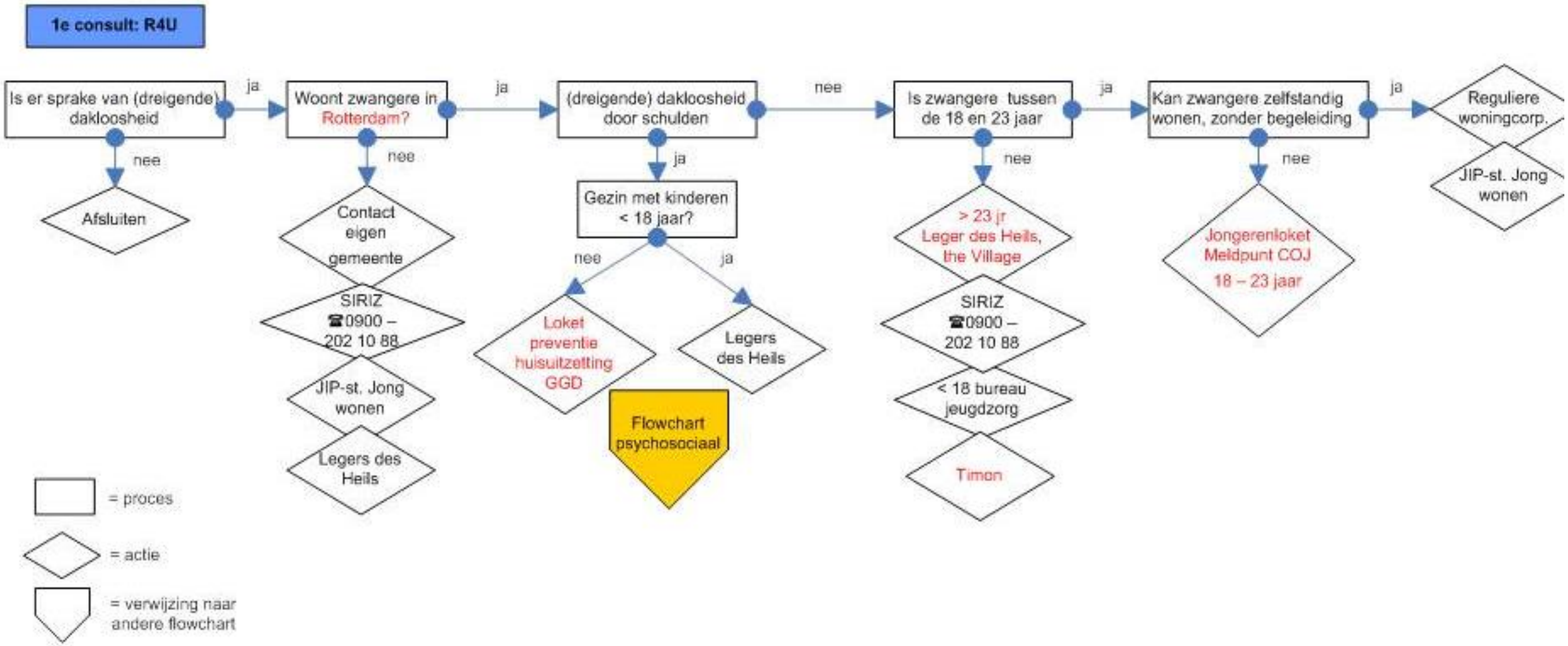
Tijdstip begin consult (hh:mm)	
Tijdstip einde consult (hh:mm)	

Partner aanwezig	JA	NEE	NVT

AANVULLING ANAMNESE & OVERIGE OPMERKINGEN:

R4U versie 3.0 ©Erasmus MC 2010

Bijlage 5: voorbeeld van een zorgpad



Bijlage 6: producten

Voorlichtingsmaterialen

- Informatiefolder over het project (voor stakeholders)
- Flyer Kinderwensspreekuur
- Poster Kinderwensspreekuur
- Informatiekaartje Kinderwensspreekuur: *do's & dont's* voor een gezonde start van de zwangerschap
- Narrow Casting Kinderwensspreekuur: wachtkamerfilmpjes met korte clips over kinderwens in verschillende talen (Nederlands, Turks, Berbers, Surinaams, Spaans, Antilliaans) in samenwerking met www.strakszwangerworden.nl
- Aanpassing www.ZwangerWijzer.nl
- Vertaling van www.ZwangerWijzer.nl vragenlijst in Chinees, Engels, Turks en Arabisch (www.ZwangerWijzer.nl/informatie-voor-professionals)
- Poster voor deelname aan R4U
- Flyer voor huisartsen: tips om een kinderwens te bespreken
- Negen Maanden Spel, door Spel op Maat in opdracht van de GGD Rotterdam-Rijnmond en GGD Haaglanden
- HP4All-toolkit met materialen voor de Voorlichting Preconceptiezorg ontwikkeld door de Stichting Voorlichting Gezondheid

Scholingsmateriaal

- Nascholing preconceptiezorg voor verloskundigen en huisartsen
- Leergang Voorlichting Preconceptiezorg voor voorlichters
- Instructiemateriaal voor uitvoering preconceptiezorgconsulten
- Instructiemateriaal voor uitvoering R4U

Blauwdrukken

- Zorgpaden

Factsheets / protocollen

- Via de website van HP4All zijn factsheets beschikbaar over de R4U scorekaart en over de ontwikkeling zorgpaden voor gebruik door zorgverleners en gemeenten
- Lokale protocollen in deelnemende gemeenten.

Nieuwsbrieven

Door HP4All en door deelnemende gemeenten

Nationale en internationale consensusmeeting over preconceptiezorg

Het Erasmus MC heeft in samenspraak met ZonMw twee landelijke bijeenkomsten georganiseerd om wetenschappelijke consensus te bereiken op onderdelen van preconceptiezorg, zoals gehanteerde begrippen, doelgroepen, onderdelen van de zorg en de te beogen gezondheidswinst. Deze consensus is bedoeld om het draagvlak voor preconceptiezorg onder beroepsgroepen en het College Perinatale Zorg te vergroten. Voor deze bijeenkomsten zijn experts uitgenodigd uit wetenschappelijk onderzoek, uit de beroepsverenigingen en andere betrokkenen. Dit heeft geleid tot een gezamenlijke wetenschappelijke publicatie (Temel et al., 2014).
Ter voorbereiding op deze bijeenkomst is een review opgesteld (Denktaş et al., 2012d). Deze is ook ingebracht tijdens een consensusbijeenkomst die de WHO in februari 2012 heeft georganiseerd (Meeting to develop a Global Consensus on Preconception Care to Reduce Maternal and Childhood Mortality and Morbidity).

Disseminatie van kennis en wetenschappelijke artikelen

- Startsymposium (23 november 2011)
- Presentaties op diverse symposia
- Eindsymposium (Waelput & Steegers, 26 november 2014)
- Interviews en artikelen in tijdschriften voor de geboortezorg
- Opname in de (jaarlijks verschijnende) Jaarindex Kennispoort
- S. van Voorst, S. Temel, I.A. Aalhuizen, S. Denktaş, E.A.P. Steegers. Preconceptiezorg. *In*: Handboek vrouwspecifieke geneeskunde onder redactie van Fauser BCJM, Lagro-Janssen ALM, Bos AME. Houten: Prelum Uitgevers, 2013.
- Wetenschappelijke artikelen (zie referenties, met links naar de artikelen, op de website (of via www.erasmusmc.nl /HP4ALL -> factsheets).

Erasmus MC
Universitair Medisch Centrum Rotterdam